

Un bien gros « bobo »

François Melançon, MD

Le cas de Pierrot

Pierrot, un bambin de trois ans, vous est amené d'urgence par sa mère. Il a des « bobos » sur le visage depuis deux jours, et la garderie où il va refuse de le reprendre tant que vous n'aurez pas confirmé qu'il n'est pas contagieux.

Sa cousine de cinq ans, avec qui il a joué il y a deux semaines, a une varicelle qui la retient à la maison. Pierrot a été vacciné contre la varicelle, cependant sa mère est inquiète du fait que le vaccin pourrait ne pas avoir fonctionné.

À l'examen physique, Pierrot présente une grosse lésion à croûte « mielleuse » et quelques lésions plus petites sur les mains. Son état général est excellent. En fait, vous aviez un peu de retard dans vos rendez-vous et avez entendu Pierrot jouer dans la salle d'attente avec la cuisinette jouet à servir du « café » à tous vos autres patients...



Quel est votre diagnostic? Que faites-vous? Retournez-vous Pierrot à la garderie?

Figure 1. Le « bobo » de Pierrot

Source :

<http://www.fda.gov/consumer/updates/impetigo052107.html>



Le **Dr Melançon** est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il pratique maintenant en cabinet privé, à Asbestos, et en CLSC, à Montréal. De plus, il travaille à l'élaboration d'une série de livres portant sur la vulgarisation médicale de la collection *Le petit médecin de poche*.

L'impétigo, une infection dermatologique fréquente

L'impétigo, une affection touchant surtout la population pédiatrique préscolaire, est l'infection superficielle de la peau la plus fréquente et constitue 10 % des problèmes dermatologiques pédiatriques. Elle est une condition très contagieuse et peut se répandre très rapidement dans des garderies ou des prématernelles où les enfants échangent leurs jouets. L'impétigo se divise en deux formes, soit les formes non bulleuses et bulleuses.

La forme non bulleuse

La forme non bulleuse, de loin la plus fréquente, représente 70 % des cas d'impétigo et infecte des zones de peau abîmée du visage et des extrémités. Le staphylocoque doré, le streptocoque bêta hémolytique du groupe A ou une flore mixte peuvent infecter des plaies, des morsures, des abrasions ou des lésions de varicelle et causer un impétigo.

La forme bulleuse

Par opposition, la forme bulleuse est habituellement causée par le staphylocoque doré et peut infecter une peau intacte.

La physiopathologie

Quoique la peau intacte soit habituellement plutôt résistante à l'infection bactérienne, l'exposition à une température et à une humidité élevées, la présence d'une condition dermatologique sous-jacente, comme l'eczéma (lésions de grattage), un traitement antibiotique récent ou simplement le jeune âge sont des facteurs prédisposant à l'impétigo.

Pour que les bactéries puissent adhérer au derme, elles doivent se fixer à la fibronectine, un facteur de fixation épithéliale absent de la surface d'une peau intacte.

Les bactéries causant l'impétigo bulleux semblent pouvoir infecter la peau saine par le mécanisme suivant : il y a d'abord colonisation des voies aériennes supérieures et des narines, puis production par certaines bactéries d'une toxine épidermolytique qui a pour effet de causer une disruption microscopique de la surface de l'épiderme et d'exposer la fibronectine.

La morbidité et les complications

Dix pour cent des cas d'impétigo se compliquent et peuvent dégénérer en cellulite, en lymphangite, en lymphadénite suppurative et en *staphylococcal scalded skin syndrome*. Très rarement, surtout chez les enfants de trois à sept ans, on a vu des cas d'impétigo dégénérer en glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique, en scarlatine, en ostéomyélite, en arthrite septique, en pneumonie, en septicémie ou en fièvre rhumatismale. Ces complications apparaissent en général de 18 à 21 jours après l'épisode cutané.

Les signes cliniques

La forme non bulleuse

L'impétigo non bulleux se présente d'abord avec une toute petite pustule ou une plaque recouverte d'une croûte vaguement dorée, « mielleuse », qui apparaît au site d'un bris cutané. Cette plaque grandit très rapidement, et on voit ensuite apparaître des lésions satellites et des ganglions (90 % des cas) dans l'aire de drainage des lésions. Il y a parfois du prurit, quoique ce symptôme est plutôt rare. Il y a très peu ou pas du tout d'érythème ou d'œdème au pourtour des lésions.

La forme bulleuse

L'impétigo bulleux se présente avec des vésicules de moins de trois centimètres recouvertes d'une très fine peau. Elles rupturent spontanément après deux ou trois jours, sans qu'on puisse mettre en évidence une histoire

de bris cutané ayant précédé l'apparition des vésicules. Comme dans l'impétigo non bulleux, il n'y a que peu d'érythème ou d'œdème autour des lésions. Par ailleurs, l'impétigo bulleux est rarement associé à des adénopathies régionales. Si le patient souffre d'une dermatite quelconque, comme l'eczéma, les bactéries causant l'impétigo peuvent coloniser les lésions de cette dermatite et il peut alors rapidement se généraliser.

La forme non bulleuse, de loin la plus fréquente, représente 70 % des cas d'impétigo et infecte des zones de peau abîmée du visage et des extrémités.

Le diagnostic différentiel

À l'occasion, des brûlures (thermiques ou chimiques), une dermatite de contact, une infection herpétique, la gale ou la varicelle peuvent ressembler à l'impétigo. L'histoire clinique devrait cependant permettre de différencier les lésions.

Plus rarement, des présentations atypiques d'autres lésions bulleuses, comme le syndrome de Steven-Johnson, le pemphigus vulgaire, l'eczéma nummulaire ou la dermatite herpétiforme, peuvent ressembler à des lésions d'impétigo. L'histoire clinique et le mode d'apparition devraient cependant permettre au clinicien de poser le bon diagnostic.

Le diagnostic

Dans presque tous les cas, le diagnostic d'impétigo est un diagnostic essentiellement clinique et on n'a que très rarement besoin du laboratoire. La culture peut être utile pour identifier l'organisme en cause, surtout dans les cas de glomérulonéphrite aiguë. Toujours dans ces cas, un dosage des titres d'antidéoxyribonucléase-B (anti-DNase-B) et antihyaluronidase (AH) peut aider au diagnostic. La réponse sérologique ASO (antistrep-

Numéro d'enregistrement : PM40063348
Adresse de retour : **Le Clinicien**
955, boul. Saint-Jean, bureau 306
Pointe-Claire (Québec) H9R 5K3



Figure 2. Impétigo disséminé

tolysine O) est pauvre, et seulement 51 % des patients souffrant de glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique secondaire à un impétigo verront les titres ASO augmenter.

Le traitement

Le traitement de l'impétigo consiste en deux éléments, soit le soin local des plaies et l'utilisation d'antibiotiques topiques ou systémiques.

On recommande d'appliquer des compresses humides aux lésions croûteuses pour les ramollir afin de les enlever. On doit ensuite appliquer de la mupirocine topique sur chacune des lésions. Cet antibiotique est le traitement de choix de l'impétigo localisé non compliqué. Jusqu'à 70 % des souches de staphylocoque doré résistantes à la méthicilline seront détruites par la mupirocine.

Les patients souffrant d'impétigo disséminé (figure 2) ou qui présentent des manifestations systémiques de leur infection devraient recevoir un traitement antibiotique systémique. Un traitement systémique sera aussi recommandé lorsqu'on se trouve devant plusieurs cas dans le même milieu (garderie, famille, etc.). Les antibiotiques à privilégier sont ceux qui sont bêta-lactamase résistants (cloxacilline, clavuline et les céphalos-

Retour sur le cas de Pierrot

Pierrot est non toxique et ne présente aucune lésion de varicelle. L'autre coin de sa bouche montre une lésion de perlèche.

Vous concluez à un impétigo non bulleux, et vous le traitez avec un nettoyage des croûtes et une application de mupirocine en crème. Vous vérifiez les bras de sa mère et ne voyez aucune lésion. Vous lui demandez de ne retourner Pierrot à la garderie que dans 24 heures et vous lui donnez congé.

Finalement, vous n'oubliez pas de désinfecter tous les jouets auxquels Pierrot a touché dans votre salle d'attente. Un petit mot remis à la mère pour la garderie lui évitera bien des désagréments administratifs.

porines). En raison de la fréquence des prises, on devrait privilégier les céphalosporines.

Dans certains cas, devant une résistance des lésions au traitement, on peut soupçonner une infection avec un staphylocoque doré résistant à la méthicilline. La culture des plaies devrait alors être faite et un autre antibiotique débuté (vancomycine, clindamycine et triméthoprim-sulfaméthoxazole).

Lorsqu'il y a allergie à la pénicilline, on peut utiliser l'érythromycine et la clindamycine. En raison de l'augmentation des cas de résistance aux macrolides, l'érythromycine ne devrait pas être utilisée comme premier choix.

La prévention

Les enfants infectés devraient éviter les contacts directs avec les autres enfants pendant 24 heures après le début des antibiotiques. On devrait examiner la peau des membres de la famille des enfants infectés pour éviter un effet « yoyo » de recontamination. 