

Skin Therapy Letter[®]

Volume 1 • Numéro 1 • Octobre 2006

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPC

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin-consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-Britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 21 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

**Jane Hailey, M.A., M.B., BChir, FRCPC**CONSEILLÈRE
PÉDIATRIQUE

Jane Hailey est présentement pédiatre en pratique privée et professeur auxiliaire clinique à l'université de Colombie-Britannique. Au cours des 14 dernières années, elle a travaillé dans un cabinet de médecins avec des enfants de tous âges, de la naissance à l'adolescence. Elle fait partie du personnel de pédiatrie au Children's and Women's Hospital à Vancouver, et est un médecin examinateur en pédiatrie pour le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. Elle écrit régulièrement pour *Pediatrics Notes*, un bulletin hebdomadaire nord-américain pour la communauté pédiatrique. Elle écrit aussi et anime une chronique médicale à la CBC AM Radio où elle couvre un grand nombre de sujets de médecine générale allant des nouveaux-nés à la gériatrie !



Un problème de fond : l'érythème fessier du nourrisson*

S. Humphrey, M.D.; J. N. Bergman, M.D., FRCPC;

S. Au, M.D., FRCPC

Département de dermatologie et de science cutanée,
Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Canada

Érythème fessier du nourrisson

L'érythème fessier du nourrisson (EFN) est une éruption inflammatoire de la peau des fesses courante qui survient chez 25 % des enfants qui portent des couches. [Ward DB, et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154:943-6 (2000).] L'érythème fessier du nourrisson est causé par la présence combinée de l'humidité, la chaleur, l'urine, les selles et la friction, des facteurs prédisposants difficiles à éliminer complètement chez un enfant qui porte des couches. Ainsi, l'érythème fessier du nourrisson demeure un défi thérapeutique constant pour les parents, les médecins de famille, les pédiatres et les dermatologues.

Pathogenèse

Quatre facteurs clé contribuent au développement de l'érythème fessier du nourrisson :

Humidité

- Des couches mouillées entraînent une hydratation et une macération excessives de la couche cornée de l'épiderme menant à une altération de la fonction de la barrière cutanée, une pénétration épidermique accrue par les irritants et les microbes et une sensibilité aux traumatismes de friction.

Friction

- L'érythème fessier du nourrisson se retrouve surtout dans les régions où le contact de la couche avec la peau est le plus grand.
- La friction perturbe la couche cornée macérée et exacerbe le dysfonctionnement de la barrière cutanée.

Urine et selles

- L'interaction urine et selles est capitale dans la pathogenèse de l'érythème fessier du nourrisson. Les uréases bactériennes dans les selles dégradent l'urée de l'urine, dégageant de l'ammoniaque, et augmentent le pH local.
- Les lipases fécales et les protéases sont activées par un pH plus élevé, causant de l'irritation cutanée et la perturbation de la fonction de la barrière épidermique.
- L'ammoniaque n'irrite pas directement la peau ; on pense qu'il produit de l'irritation en provoquant l'élévation du pH local.

Microorganismes

- Les infections à *Candida* et, moins fréquemment, au *S. aureus* sont associées à l'érythème fessier du nourrisson ; l'humidité et le pH accrus dans la couche fournissent le milieu idéal pour la prolifération microbienne.

Aspects cliniques

- Un érythème asymptomatique localisé peut se transformer en érythème douloureux étendu avec macération, érosions et franche ulcération.
- L'érythème fessier du nourrisson épargne généralement les plis cutanés et touche les surfaces cutanées convexes qui sont au contact étroit avec la couche, soit les fesses, les parties génitales, le bas du ventre et le haut des cuisses.
- Des formes plus sévères peuvent se développer :
 - Érythème fessier papulo-érosif de Jacquet : associé à des diarrhées, une mauvaise hygiène, des changements de couche peu fréquents et des couches en plastique.
 - Granulome glutéal infantile: associé à un usage topique de stéroïdes, à une infection à Candida, aux culottes en plastique pour recouvrir les couches.

Les diagnostics différentiels des pathologies des régions couvertes par la couche sont listés au tableau 1

Dermatose	Aspects cliniques
Érythème fessier du nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> • Érythème, macération, érosions, ulcérations • Localisé sur les surfaces cutanées convexes en contact avec la couche, épargnant les plis cutanés
Candidose	<ul style="list-style-type: none"> • Plaques rouge bœuf avec papules et pustules satellites qui peuvent toucher toute la peau des fesses et n'épargnent pas les plis
Infection bactérienne	<ul style="list-style-type: none"> • Impétigo : bulles flasques, érosions superficielles, croûte couleur de miel • Folliculite: papules et pustules folliculaires érythémateuses
Granulome glutéal infantile	<ul style="list-style-type: none"> • Papules et nodules rouge-violacé asymptomatiques
Érythème fessier papulo-érosif de Jacquet	<ul style="list-style-type: none"> • Géodes avec bords élevés
Psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Plaques rose-rouge, bien définies sur les fesses et dans les plis de l'aîne • Habituellement sans squames argentés
Eczéma de contact allergique	<ul style="list-style-type: none"> • Éruption eczémateuse localisée aux sites de contact avec l'allergène • Prurigineuse
Histiocytose langerhancienne	<ul style="list-style-type: none"> • Papules, pustules, érosions qui ne guérissent pas ou ulcérations, infiltrées érythémateuses avec foyers d'hémorragies, sur la zone de la couche • Éruption séborrhéique qui ressemble à de l'eczéma sur le cuir chevelu et derrière les oreilles • Symptômes systémiques : anémie, diarrhée, organomégalie, lymphadénopathie et atteintes osseuses
Acrodermatite entéropathique	<ul style="list-style-type: none"> • Éruption eczémateuse qui peut évoluer en des lésions pustuleuses et vésicobulleuses avec érosions et croûtes • Atteignant les extrémités et les zones périorificielles et anogénitales • Dès le sevrage du sein maternel, se manifeste la triade : eczéma, alopecie et diarrhée

Tableau 1: Diagnostics différentiels des dermatoses des fesses

Facteurs de risque

- Incontinence fécale et diarrhée
 - Par exemple: mégacôlon congénital, fécalome et débordement, malformations anogénitales
- Augmentation des acides biliaires dans les selles
 - Par exemple : malabsorption par résection intestinale étendue et hyperbilirubinémie conjuguée
- Eczéma constitutionnel
 - Sensibilité accrue aux irritants et susceptibilité aux infections secondaires

Traitement

Barrières

- Les pommades sont les préparations barrières les plus résistantes et les plus désirables, suivies des onguents
- Choisir une pommade avec > 10 % d'une poudre fine d'oxyde de zinc ou de dioxyde de titane
- Les crèmes et les lotions ne sont pas des préparations barrières adéquates : elles sont peu adhérentes, peu occlusives et comportent des agents de conservation
- La préparation barrière devrait être appliquée généreusement sur les fesses après chaque changement de couche
- Recouvrir la préparation barrière de vaseline pour empêcher qu'elle ne colle à la couche
- Éviter les préparations barrières avec des ingrédients potentiellement dangereux comme le camphre, le phénol, l'acide borique et les salicylés

Traitement (suite)

Nettoyage

- Donner un bain tiède quotidien en utilisant un savon sans parfum et sans irritant
- Sécher délicatement avec une serviette sans frotter et éviter toute friction inutile
- Ne pas chercher à ôter toute la préparation barrière adhérente lors du changement de couche mouillée ou souillée
- L'huile minérale peut aider à éliminer la barrière résiduelle si nécessaire
- Utiliser des serviettes sans parfum et sans alcool pour les bébés souffrant d'érythème fessier. Les serviettes pour peaux sensibles qui assurent la neutralisation du pH peuvent être utiles.

Couches

- Laisser le bébé sans couche aussi longtemps que possible est une stratégie très recommandée mais elle est peu pratique
- Changer les couches dès que mouillées ou souillées (au moins toutes les 3 ou 4 heures et plus souvent chez les nouveaux-nés)
- Ne pas utiliser des couches ajustées ; des couches plus amples minimisent le contact entre la peau et l'urine/selles
- Les couches en tissu ne sont pas recommandées pour les bébés qui font de l'érythème fessier ; elles augmentent l'humidité de la peau, encouragent le mélange de l'urine et des selles et sont associées à l'érythème fessier papulo-érosif de Jacquet
- L'érythème fessier banal devrait disparaître dès que l'enfant est propre

Couches jetables

Les couches jetables avec voile super absorption qui « respirent » (comme par exemple : Pampers®, Procter & Gamble; Huggies®, Kimberly-Clark) sont les couches de choix dans l'érythème fessier du nourrisson :

- La zone centrale de ces couches contient un polymère polyacrylate qui forme un gel dès qu'il est mouillé et qui capte l'humidité pour l'éloigner de la surface de la peau ; le gel contrôle le pH par son action tampon et en séparant l'urine des selles.
- Une enveloppe extérieure qui « respire » empêche une humidité excessive mais protège quand même contre les fuites ; elle ressemble à du tissu plutôt qu'à du plastique et est facilement identifiable lors de la visite du patient.
- Les couches avec une zone centrale en gel polyacrylate réduisent l'humidité de la peau, assurent un meilleur contrôle du pH et produisent moins d'érythème fessier quand on les compare avec des couches de cellulose ou de tissu. [Campbell RL, et al. *J Am Acad Dermatol* 17:978-87 (1987)]
- Il a été démontré qu'elles réduisent la prévalence de l'érythème fessier grave de jusqu'à 50 %. [Akin F, et al. *Pediatr Dermatol* 18:282-90 (2000)]
- La majorité des couches commerciales utilisent maintenant la technologie de la zone centrale avec gel polyacrylate qui respire.

Corticostéroïdes

- Lors de l'érythème fessier modéré à grave, il est souvent nécessaire de suivre un court traitement de corticostéroïde topique faible.
- Un onguent d'hydrocortisone à 1 % peut être appliqué sur les parties touchées deux fois par jour pour une durée limitée.
- Les corticostéroïdes moyens à puissants ne devraient jamais être utilisés sur les fesses (risque d'atrophie, d'absorption systémique, de candidose, de granulome glutéale infantile).
- Éviter les produits qui associent un antifongique et un corticostéroïde car ces derniers contiennent souvent des stéroïdes moyens à puissants.

Infection

- Une infection à *Candida* est souvent associée aux cas modérés à graves d'érythème fessier du nourrisson et elle présente un érythème rouge bœuf et des papules et pustules satellites ; les plis peuvent être touchés.
- Les azoles, la nystatine et le ciclopirox sont tous des agents antifongiques topiques appropriés dans la candidose ; on recommande une application deux fois par jour jusqu'à guérison.
- La mupirocine est aussi efficace dans le traitement d'un érythème fessier surinfecté avec *Candida*.

Rappelez-vous les règles de base d'une approche pratique de l'érythème fessier du nourrisson

Antimicrobien/anti-inflammatoire
Barrières
Nettoyage
Couche
Éducation

Conclusion

L'érythème fessier du nourrisson est une dermatose courante qui afflige l'enfant aux couches. Il est causé par l'humidité, la friction, l'urine, les selles et des micro-organismes. Une approche proactive visant les facteurs prédisposants est la meilleure défense contre l'érythème fessier du nourrisson.

* Adapté de Humphrey S, Bergman JN, Au S., Practical management strategies for diaper dermatitis, *Skin Therapy Letter* 11(7):1-4 (2006 Sep). [Disponible en ligne à www.SkinTherapyLetter.com]

Le traitement des poux de la tête *

C. H. Hong, M.D., FRCPC

Département de dermatologie, Université de Colombie-Britannique et Skinfit MD Clinic, Vancouver, Canada

On estime qu'un enfant sur dix, au Canada, subira cette année une infestation de poux, ce phénomène étant plus répandu dans le monde entier que le rhume. Les infestations par les poux de la tête ou *Pediculosis humanus capitis* sont courantes, surviennent dans le monde entier et affectent des individus de tout âge et de tous groupes socioéconomiques. Les poux sont des insectes suceurs non ailés. Ils sont difficiles à voir car ils s'adaptent pour prendre la couleur de leur environnement.

- L'infestation par les poux de la tête survient le plus souvent parmi les enfants d'âge scolaire, particulièrement les filles âgées de 3 à 11 ans.
- Elle est souvent épidémique. Les endroits les plus courants où peuvent éclater une épidémie sont les écoles, les garderies et les groupes d'enfants qui jouent ensemble.
- La probabilité de subir une infestation par les poux n'est pas reliée à l'hygiène personnelle et au statut socioéconomique.
- Elle ne transmet pas de maladies à diffusion par voie sanguine.
- Elle se transmet par contact proche de tête à tête ou par des objets susceptibles d'héberger les poux qui ont été mis au contact d'un cuir chevelu infesté et qui sont ensuite partagés comme les peignes, les brosses et les chapeaux.

Manifestations cliniques et diagnostic

Les poux de la tête sont bien entendu confinés au cuir chevelu et quoique les démangeaisons soient souvent le symptôme cardinal d'une infestation par les poux, ces derniers ne causent pas en eux-mêmes de démangeaisons et les piqûres sont indolores. Le prurit est le résultat de la réaction immunitaire du corps à la salive injectée dans la peau au moment du repas de sang. Le cuir chevelu peut présenter un érythème et une desquamation, et de petites bosses qui piquent peuvent apparaître à l'arrière du cou. De temps en temps, on peut observer une tuméfaction des ganglions du cou.

SEULE l'identification d'un pou vivant permet de poser un diagnostic. Les lentes ou œufs sont souvent des coquilles vides et ne permettent pas de diagnostiquer une infestation active. Les lentes sont souvent prises pour des pellicules, du sable, de la poussière ou du gel à cheveux séché.

Mythes et faits

Il existe d'innombrables mythes sur les poux de la tête qui amènent ceux qui y croient à ne pas suivre un traitement correctement et à croire que leur traitement des poux de la tête n'a pas réussi. Parmi ces mythes, on retrouve :

- **Mythe :** Tous les enfants infestés de poux se grattent ou ont des démangeaisons.
Fait : Une première infestation peut ne provoquer aucun signe ou symptôme pendant 4 à 6 semaines.
- **Mythe :** Les poux sautent ou volent d'une tête à l'autre.
Fait : Les poux peuvent être délogés d'une tête par des mouvements d'air et donner ainsi l'apparence de voler.
- **Mythe :** Les poux vivent dans les tapis, les lits, les vêtements et les divans.
Fait : Un pou ne peut vivre que 24 heures en dehors d'un hôte humain.
- **Mythe :** Les poux meurent immédiatement lors d'un traitement.
Fait : Les poux peuvent prendre plusieurs heures avant de mourir à la suite d'un traitement.
- **Mythe :** Un traitement unique suffit.
Fait : Étant donné que les pédiculicides ont perdu de leur durée de rémanence, deux traitements sont recommandés pour tuer les nymphes nouvellement écloses.
- **Mythe :** Les produits à base de perméthrine tuent 100 % des œufs.
Fait : La perméthrine tue 70 % des œufs en un traitement.
- **Mythe :** Toute la famille doit être traitée.
Fait : Seuls ceux qui ont une infestation démontrée devraient être traités bien que tous devraient être examinés quotidiennement ou hebdomadairement.
- **Mythe :** Les poux de la tête préfèrent les cheveux longs ou sales.
Fait : Les poux sont indifférents à la longueur ou à la propreté des cheveux.

Options de traitement

Il existe une multitude de traitements naturels alternatifs au traitement des poux de la tête dont l'efficacité est douteuse tels que diverses huiles (comme par exemple : l'huile de l'arbre à thé), la Vaseline®, le beurre d'arachide et la mayonnaise. Il n'existe aucune étude clinique démontrant l'efficacité de ces agents et plusieurs d'entre eux sont salissants et d'un usage difficile.

Options de traitement

La majorité des patients devra être traitée avec un produit commercial conçu pour l'éradication des poux. La plupart de ces produits sont disponibles en vente libre et ils agissent en attaquant le système nerveux du pou. Aucun pédiculicide n'est efficace à 100 %. Pour une efficacité maximale du pédiculicide, il faut l'appliquer sur des cheveux secs ou presque secs. Appliquer généreusement afin que le produit puisse bien pénétrer dans les poux et les lentes et laisser agir tout le temps recommandé.

- **Permethrine – Après-shampooing à 1 % (Nix®/Kwellada P®)**
 - Laver les cheveux avec un shampooing sans revitalisant et les sécher avec une serviette; puis appliquer au moins 25 ml, et jusqu'à 50 ml pour des cheveux épais ou longs, sur les cheveux et le cuir chevelu particulièrement derrière les oreilles et sur la nuque.
 - Laisser agir un minimum de 10 minutes puis rincer à l'eau fraîche au-dessus du lavabo et non sous la douche ou dans le bain.
 - Peigner les cheveux encore mouillés avec un peigne à lentes pour éliminer les poux moribonds et les lentes.
 - On conseille un deuxième traitement 7 jours après la première application pour une efficacité maximale.
 - L'absorption systémique est minimale et les risques de toxicité sont faibles.
 - Contre-indiqué chez les patients hypersensibles au chrysanthème.
- **Pyréthrinés en synergie (R & C® Shampooing revitalisant)**
 - Appliquer sur les cheveux et le cuir chevelu à sec, particulièrement derrière les oreilles et sur la nuque. Les cheveux doivent être complètement secs.
 - Laisser agir pendant 10 minutes puis ajouter de l'eau et faire mousser. Rincer à l'eau fraîche au-dessus d'un lavabo. Ne pas utiliser de revitalisant.
 - Faire un second traitement 7 jours plus tard pour une efficacité maximale.
 - Faible risque de toxicité.
 - Ne pas utiliser en présence d'une allergie ou d'une intolérance reconnue au chrysanthème ou à l'herbe à poux.
- **Shampooing au lindane 1%**
 - Économique.
 - Appliquer sur des cheveux secs, laisser agir 5 minutes et rincer le produit avec de l'eau fraîche au-dessus d'un lavabo (pas sous la douche ou dans le bain).
 - Peigner les cheveux avec un peigne à lentes pour éliminer les poux moribonds et les lentes.
 - Mise en garde : Neurotoxicité à forte dose et lors d'expositions multiples.
 - Déconseillé pour les nouveaux-nés, les enfants de moins de deux ans, les femmes enceintes et allaitant ou ceux qui possèdent une histoire de crises d'épilepsie.
 - Résistance qui persiste pour plus de deux décennies.

Peu importe le genre de traitement recommandé, les patients devraient être encouragés à utiliser un peigne à lentes (peigne en métal à dents serrées) tel que le peigne Licmeister®, sur les cheveux mouillés afin d'éliminer manuellement les lentes qui peuvent se souder à la tige du cheveu. Les patients traités doivent être surveillés pour une réinfestation.

Surveillance des objets

Après un traitement, tous les vêtements doivent être lavés à la machine et séchés à l'air chaud. Il faut aussi laver les draps, les serviettes, les animaux en peluche et tout couvre-chef. Les vêtements qui ne peuvent pas être lavés à l'eau doivent être nettoyés à sec et garder dans un sac scellé pendant deux semaines. Les peignes et les brosses peuvent être recouverts de pédiculicide puis lavés dans l'eau chaude pendant 20 minutes; on peut aussi les tremper dans une solution désinfectante (Lysol 2 % pendant 1 heure). Toutes les pièces de la maison doivent être nettoyées; il faut aussi utiliser l'aspirateur pour éliminer tous les cheveux tombés.

Raisons de l'échec du traitement

- Faux diagnostic
- Mauvaise observance/mauvaise application du traitement chimique contre les poux (application sur cheveux mouillés, quantité de produit insuffisante)
- Évaluation du traitement trop précoce (les poux ne meurent pas au contact du produit)
- Mauvaise élimination manuelle des poux
- Nouvelle exposition à des poux (nouvelle infestation)
- Le traitement n'a pas été répété une semaine plus tard

Conclusion

L'infestation par les poux de la tête est un problème courant et gênant mais pour lequel il existe plusieurs bons traitements. Il faut bien conseiller les patients afin de réduire la propagation de l'infestation puis leur proposer les traitements topiques appropriés. Pour plus d'information sur les poux et l'éradication des poux ainsi que des conseils et du matériel pour le patient, visiter www.SkinPharmacies.ca/CE

* Adapté de l'article de Hong C. H., Traitement des poux de la tête, *SkinTherapy Letter – Édition des pharmaciens* 1 (2) : 4-5 (Sept-Oct 2006). (Disponible en ligne : www.skintherapyletter.com)

Infections bactériennes courantes de la peau

Mark H. Lupin, B.Sc., M.D., FRCPC

Département de dermatologie et de science cutanée, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Canada

La peau a une flore complexe dont le nombre de micro-organismes est de loin plus grand que celui des cellules humaines. Quand l'intégrité de notre peau est rompue ou que notre système immunitaire est compromis, il peut s'en suivre des infections.

Classification

	Lésions discrètes	Lésions diffuses
Infections superficielles	Impétigo, Folliculite	Érysipèle
Infections profondes	Ecthyma, Furoncles, Anthrax, Abcès, Panaris	Cellulite, Fasciite nécrosante (rare)

Ces infections peuvent se superposer chez un même individu. On conseille de faire des cultures et des tests de sensibilité lorsque l'on soupçonne une infection cutanée, particulièrement à cause de l'augmentation du staphylocoque doré résistant à la méticilline extra-hospitalier (SAMR extra-hospitalier). Ces infections peuvent attaquer des enfants sains et mettre potentiellement leur vie en danger.

Les pathogènes les plus courants	Impétigo/Ecthyma		Folliculite/ Abcès	Érysipèle /Cellulite	
	Non bulleux	Bulleux		Visage	Membres
<i>Staphylococcus aureus</i> (staphylocoque doré)	+	+	+	+	
<i>Streptococcus pyogenes</i>	+			+	+

Variétés

Impétigo et ecthyma

- Croûte jaunâtre typique avec vésicules érythémateuses, papules, pustules et érosion; se retrouve essentiellement autour du nez et sur le visage.
- Plus courant en présence d'eczéma atopique.
- L'ecthyma est une variété d'impétigo plus profond apparaissant chez les patients souffrant de malnutrition et/ou de manque d'hygiène – vésicules et bulles, ulcères profonds qui touchent souvent les jambes. La guérison laisse des cicatrices.
- Pour le diagnostic différentiel, penser à des piqûres d'insectes, à l'eczéma, à l'herpès, au Candida, à des brûlures thermiques.
- Faire des cultures et des épreuves de sensibilité.
- TRAITEMENT
 - Non bulleux : acide fusidique (Fucidin® crème) trois fois par jour ou mupirocine (Bactroban® crème) trois fois par jour.
 - Bulleux ou avec lésions étendues ou multiples : fièvre ou symptômes généraux, plusieurs ganglions, déficit immunitaire, valvulopathie, cardiopathie : cloxacilline (Cloxapen®) 40-50 mg par kg par jour divisés en 4 doses, ou céphalexine (Keflex®) 40 mg par kg par jour divisés en 4 doses, érythromycine 40 mg par kg par jour divisés en 4 doses.

Folliculite, furonculose, anthrax (groupe des folliculites)

- Un spectre d'infections qui touchent les follicules pileux (poils et cheveux).
- Caractérisées par des papules et des pustules érythémateuses d'un poil asymptotiques et peu prurigineuses.
- La folliculite des bains tourbillons, moins courante, causée par *Pseudomonas aeruginosa*, disparaît généralement spontanément et se retrouve également distribuée sur le tronc, les fesses et les cuisses.
- La furonculose est une infection plus profonde du follicule pileux se manifestant par des nodules érythémateux et douloureux et un drainage supprimé.
- Les furoncles anthracoides (carbuncle) sont constitués par une agglomération de furoncles avec nodules inflammatoires, purulents, mobiles, douloureux et sont plus volumineux.
- Faire des cultures et des épreuves de sensibilité.
- TRAITEMENT
 - Des compresses chaudes pendant 10 à 15 minutes 4 fois par jour peuvent procurer un soulagement.
 - Folliculite bactérienne et panaris superficiel périunguéal
 - Acide fusidique trois fois par jour
 - Cloxacilline 40-50 mg par kg par jour divisés en 4 doses, ou céphalexine 40 mg par kg par jour divisés en 4 doses, érythromycine 40 mg par kg par jour divisés en 4 doses. Chaque médicament devrait être pris pendant une semaine.
 - Furonculose récurrente – Penser à un porteur asymptotique (narines) avec *Staphylococcus*.
 - Mupirocine 2 % en crème, deux fois par jour dans les narines pendant 5 jours. On a relevé au Canada une augmentation marquée du SAMR et dans ces cas, il faudrait plutôt utiliser l'acide fusidique en pommade.
 - Anthrax
 - Cloxacilline 40-50 mg par kg par jour divisés en 4 doses ou céphalexine 40 mg par kg par jour divisés en 4 doses.
 - En cas de SAMR ou d'allergie à la pénicilline : clindamycine 20 mg par kg par jour par voie orale 4 fois par jour ou triméthoprime/sulfa 6 à 12 mg par kg par jour par voie orale divisés en 2 doses pendant 1 semaine.

Variétés (suite)

Abcès

- Nodule kystique mobile qui peut avoir une pustule centrale; habituellement causé par *S. aureus*.
- Incision et drainage sont très importants ainsi que la prise de cultures et les tests de sensibilité.
- Ajouter un antibiotique systémique en cas de cellulite sur plus de 5 cm, d'abcès difficile à drainer situé sur le visage, ou en présence de symptômes systémiques (fièvres et frissons).
- Penser à un SAMR extra-hospitalier.
- TRAITEMENT
 - Incision et drainage; des compresses chaudes pendant 10 à 15 minutes quatre fois par jour peuvent procurer un soulagement.
 - L'acide fusidique, trois fois par jour, est indiqué et pourrait être utilisé seul, particulièrement sur les lésions plus petites, ou comme plus fréquemment, en association.
 - Cloxacilline 40-50 mg par kg par jour divisés en 4 doses, ou céphalexine 40 mg par kg par jour divisés en 4 doses, érythromycine 40 mg par jour divisés en 4 doses pendant 1 semaine.
 - En cas de SAMR ou d'allergie à la pénicilline : clindamycine 20 mg par kg par jour par voie orale quatre fois par jour ou triméthoprim/sulfa 6 à 12 mg par kg par jour par voie orale divisés en 2 doses pendant 1 semaine.

Érysipèle et cellulite

- L'érysipèle est une infection superficielle qui survient de préférence chez les jeunes enfants et les vieillards.
 - L'érysipèle est caractérisée par un placard extensif douloureux, rouge et oedématié, limité par un bourrelet périphérique saillant, le plus souvent sur les jambes et le visage d'installation brutale. Le derme est atteint par des ganglions lymphatiques ; habituellement causés par *S. pyogenes*.
- La cellulite est un processus plus profond touchant l'hypoderme. Chez les enfants, la tête et le cou sont habituellement touchés; sont en cause *S. aureus* et, moins souvent, *H. influenzae*.
- Les enfants de moins de 4 ans peuvent faire une maladie périnéale streptococcique caractérisée par une rougeur bien délimitée qui part de l'anus et s'étend sur 2 ou 3 cm tout autour. Une pharyngite peut précéder l'infection. Les symptômes généraux sont rares mais il peut y avoir un inconfort local ou des démangeaisons.
- La douleur peut inhiber la défécation et entraîner une rétention des selles avec débordement fécal ou taches de sang dans les sous-vêtements. Penser à l'éventualité d'un psoriasis ou à du Candida.
- Les cellulites orbitaire, ombilicale ou néonatale sont des entités distinctes et ne sont pas discutées (consulter la littérature à ces sujets).
- TRAITEMENT
 - Visage : Céphalexine 40 mg par kg par jour par voie orale divisés en 4 doses pendant 10 à 14 jours, sera généralement adéquat pour *S. aureus*; *H. influenzae*, en bas de 5 ans, pourrait être traité avec cefuroxime 100-150 mg par kg par jour toutes les 8 heures pendant 10-14 jours. Pour les enfants de plus de 5 ans, céfazoline 75 mg par kg par jour, intraveineux toutes les 8 heures pendant 10-14 jours. Prescrire la clindamycine en cas d'allergie aux bêta-lactamines.
 - Cellulite périnéale : Elle peut être polymicrobienne. Pour les cas peu graves, amoxicilline-clavulanate 40 mg par kg par jour par voie orale pendant 10-14 jours. Selon les résultats des cultures, on peut utiliser : clindamycine plus gentamicine ou céfazoline plus métronidazole.

[Référence: *Bugs & Drugs* 2006, Blondel-Hill, Fryters]

La résistance bactérienne

- Suite à une résistance bactérienne accrue aux médicaments en général, il faut toujours faire des cultures et des épreuves de sensibilité aux médicaments
- En 2005, on a relevé au Canada et aux États-Unis, une augmentation de 5 fois du staphylocoque doré résistant à la méticilline
- Lors d'un congrès récent de l'Association canadienne de la microbiologie clinique et des maladies infectieuses, il a été rapporté que la surveillance démontre que la sensibilité du SAMR est restée élevée (96 %) à l'acide fusidique topique
- Le Centre for Disease Control a recommandé que le SAMR soit une maladie à déclaration obligatoire
- Le SAMR extra-hospitalier est habituellement résistant in vitro aux bêta-lactamines (pénicilline et céphalosporines) ainsi qu'aux macrolides/azalides (érythromycine, clarithromycine, azithromycine)
- Le SAMR extra-hospitalier tend à être sensible aux sulfamides (triméthoprim et sulfaméthoxazole), aux tétracyclines (par exemple, doxycycline (Doryx®), minocycline (Minocin®) et clindamycine (Cleocin®), bien qu'une résistance puisse survenir
- Le SAMR hospitalier (acquis en milieu hospitalier) est habituellement résistant in vitro à de multiples classes d'antibiotiques
- Le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques, www.ccar-cra.com, est une bonne référence pour une information à jour sur les modalités de la résistance

Conseils éclairés

Le taux de porteurs asymptomatiques (narines) avec *Staphylococcus aureus* est de 20 à 30 % ; il est donc important de traiter les narines si l'on a affaire à des infections à répétition ou s'il y a une flambée dans la famille proche. La muciporine en crème, au coucher, pendant 6 semaines, est utile. L'acide fusidique aussi est efficace. Si les topiques ne suffisent pas, ajouter la rifampine. On ne conseille pas un traitement de routine pour le nez.

Conclusion

Savoir choisir la bonne thérapie dès le début, devrait aider à minimiser les complications, réduire le nombre d'hospitalisations et peut aussi aider à réduire l'escalade de la résistance bactérienne.

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Skin Therapy Letter[®]

Édition des pédiatres

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Visitez le www.SkinTherapyLetter.ca et abonnez-vous dès aujourd'hui!

Lisez en ligne cette nouvelle publication de dermatologie pour les pédiatres :

- Contenu vérifié par des pairs
- Conseils pour l'éducation du patient
- Information sur les traitements actuels

Pour plus d'information, les professionnels en médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à www.skincareguide.ca ou visiter directement :

Sites pour les patients :

AcneGuide.ca	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca	DermatologyCare.ca
EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca
MildCleanser.ca	MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca
RosaceaGuide.ca	SkinCancerGuide.ca	Sweating.ca	UnwantedFacialHair.ca

Sites pour les professionnels en médecine :

SkinPharmacies.ca	SkinTherapyLetter.ca	Dermatologists.ca
-------------------	----------------------	-------------------

**Nous désirons vos commentaires !
Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des suggestions de
thèmes à développer à l'adresse suivante:
skintherapyletter@skincareguide.com**

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2006 :

<i>Allergan, Inc.</i>	<i>GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada</i>
<i>Barrier Therapeutics</i>	<i>Hoffmann-La Roche, Inc.</i>
<i>Berlex Canada Inc.</i>	<i>LEO Pharma Inc.</i>
<i>Dermik, le département de dermatologie de sanofi-aventis Canada Inc.</i>	<i>Procter & Gamble</i>
<i>Galderma Canada Inc.</i>	<i>Stiefel Laboratories</i>

© 2006 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - Édition des pédiatres est publiée tous les trimestres par SkinCareGuide.com Ltd., 1107-750 West Pender, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6C 2T8. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter[®] - Édition des pédiatres, aucune donnée, opinion ou déclaration inexacte ou trompeuse, les éditeurs et le comité de rédaction insistent pour déclarer que les données et les opinions exprimées dans les articles ci-inclus sont l'entière responsabilité du collaborateur. Par conséquent, les éditeurs, le comité de rédaction, leurs employés, fonctionnaires et agents respectifs n'accepteront aucune responsabilité pour les conséquences d'une de ces quelconques données, opinions ou déclarations inexactes ou trompeuses. Bien que tous les efforts nécessaires soient aussi faits pour s'assurer que les posologies et autres dosages indiqués sont exactes, nous recommandons à nos lecteurs de ne suivre ces nouvelles méthodes et techniques d'utilisation des médicaments décrites dans les articles ci-inclus que conjointement avec les données internes publiées par le fabriquant.