

---

---

# Dermato infectiologie

— Soirée de formation Inter CPTS - —  
EMA CHIV

---

---

Mardi 7 Avril 2026

Dr. Pauline Arias (infectiologue) - Dr. Yuan Tian (dermatologue) - Dr. Manon Deschamps (pharmacien)

# Programme



## Dermatologue

- Dermatophytose: teigne++
- Pityriasis versicolor
- Pityriasis rosé de gilbert
- Gale
- Erythème polymorphe



## Infectiologue

- Dermohypodermite et autres infections cutanées
- VIH
- Syphilis
- Varicelle/Zona
- Piqures d'insectes et infections associées

# **Dermato infectiologie - L'expertise du dermatologue**

# Dermatophyties

- ▶ Dermatophytie de la peau glabre = herpès circiné
  - ▶ Plaque érythématosquameuse annulaire avec évolution centrifuge et parfois surmontée de pustules
  - ▶ Traitement : antifongique topique pendant 3-4 semaines



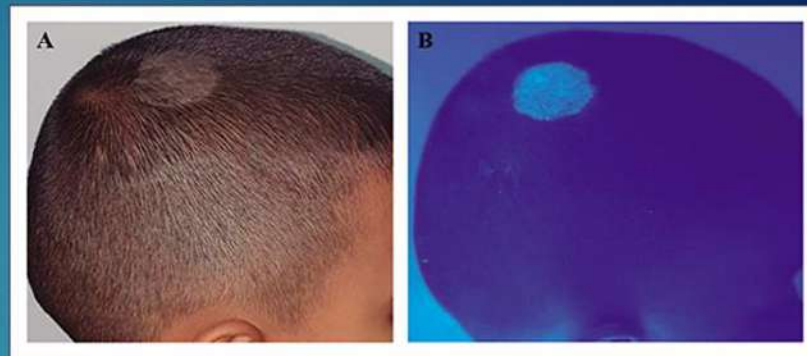
# Dermatophyties : onychomycose

- ▶ Le plus souvent du à *Trichophyton rubrum*
- ▶ Hyperkératose sous-unguéale, xanthonychie, onycholyse
- ▶ Presque toujours associée à des intertrigos interorteils ou à une atteinte plantaire
- ▶ Prise en charge :
  - ▶ Prélèvement mycologique pour confirmer le diagnostic
  - ▶ Si positif : Terbinafine 250 mg 1 comprimé par jour pendant 4 à 6 mois
  - ▶ traitement local par vernis seulement si atteinte modérée et distale



# Dermatophytie : teigne

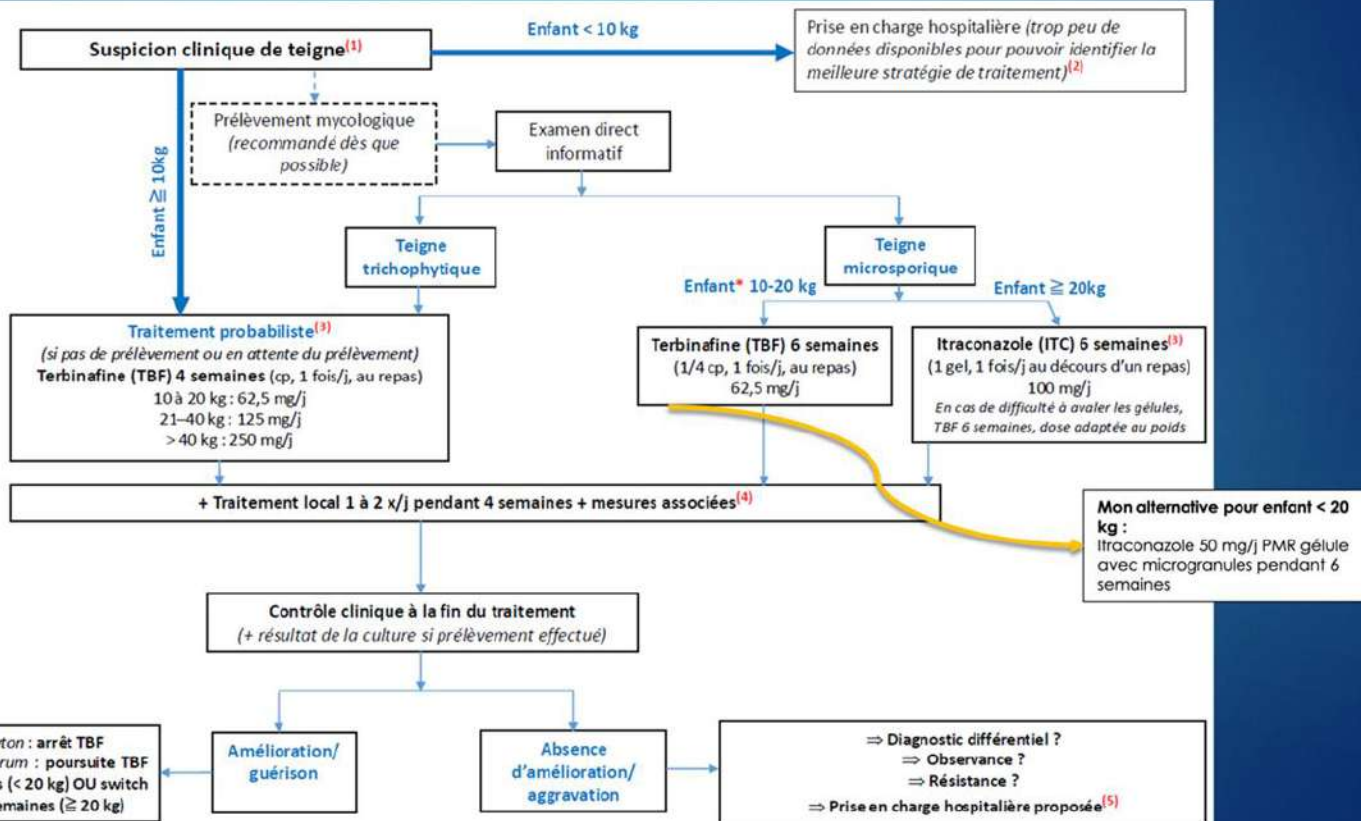
- ▶ Touche surtout les enfants et les immunodéprimés
- ▶ Toute plaque alopécique chez l'enfant avec des croûtes, des squames, des pustules est une teigne jusqu'à preuve du contraire
- ▶ Parfois sous forme de kérion en cas de teigne très inflammatoire : lésion nodulaire croûteuse et pustuleuse suppurée
- ▶ Examen à la lampe de Wood : fluorescence verte si teigne microsporique



# Teigne : prise en charge

Élaboré en 2021

Document mis à jour en  
12/2024 suite à la dé-  
commercialisation de  
l'itraconazole solution buvable



## Annexes

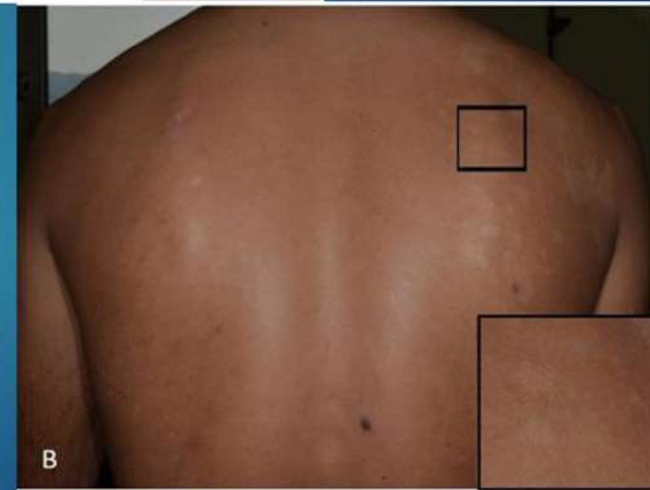
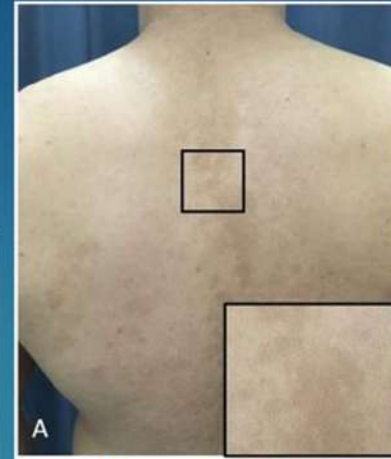
- (1) Caractéristiques cliniques des teignes
- (2) Conduite à tenir pour les enfants de moins de 10 kg
- (3) Guide pour le traitement par terbinafine et itraconazole
- (4) Mesures associées
- (5) Conduite à tenir en cas d'échec à 4-6 semaines

\* Et enfants de ≥ 20kg ne pouvant pas avaler de formes pharmaceutiques orales solides

# Pityriasis versicolor

- ▶ Mycose cutanée superficielle, fréquente et bénigne
- ▶ Colonisation cutanée par le *Malassezia*
- ▶ Facteurs favorisants : peau grasse, transpiration

- ▶ Macules finement squameuses, soit brunes sur peau blanche, soit hypopigmentées sur peau foncée
- ▶ Atteinte préférentielle du décolleté et du haut du dos



# Pityriasis versicolor : traitement ordonnance type

▶ **Ketoconazole 2% gel en sachet dose : 2 doses**

2 doses à réaliser à 8 jours d'intervalle selon les modalités suivantes :

- ▶ Application cutanée sur le cuir chevelu et toute la peau du corps
- ▶ Bien mouiller les zones atteintes, peau et cuir chevelu.
- ▶ Appliquer le gel, faire mousser abondamment en insistant sur les zones atteintes.
- ▶ Eviter le contact avec les yeux.
- ▶ Laisser en place **10** minutes. Pour une bonne efficacité, il est important de respecter cette durée minimum.
- ▶ Rincer ensuite soigneusement la peau et le cuir chevelu.
- ▶ **Renouveler ce protocole 8 jours plus tard**

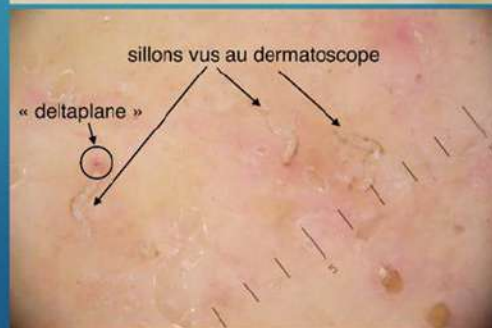
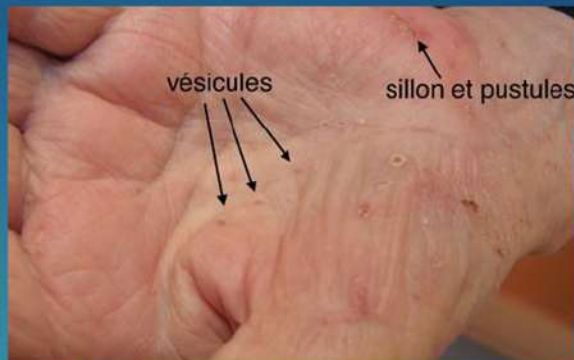
Les décolorations ou taches plus claires de la peau vont persister jusqu'au prochain bronzage.

Cette affection est volontiers récidivante lors des périodes de chaleur.

Le traitement devant alors être renouvelé.

# Gale

- ▶ Infection cutanée à un parasite, *Sarcoptes scabiei*
- ▶ Lésions cutanées spécifiques :
  - ▶ Sillons, vésicules perlées
  - ▶ Nodules scabieux (aisselle, OGE) d'origine immuno-allergique
  - ▶ Chez le nourrisson : vésiculo-pustules palmo-plantaires
- ▶ Localisations spécifiques : espaces interdigitaux, face antérieure de poignets



# Gale : traitement

## TOPISCAB® - Perméthrine crème 5% : 2 tubes pour l'adulte

- ▶ 1 application, à renouveler au 7<sup>ème</sup> jour
- ▶ **Quantité de crème par application, à renouveler au 7<sup>ème</sup> jour :**
- ▶ Adulte : 1 tube de 30 g
- ▶ Enfants de 6 à 12 ans : ½ tube de 30 g
- ▶ Enfants de 1 à 5 ans : ¼ de tube de 30 g, ou deux noisettes
- ▶ Enfants de 2 mois à 1 an : appliquer en fine couche la quantité nécessaire pour recouvrir la surface corporelle, environ 1 noisette, à adapter à la corpulence du nourrisson
- ▶ **Modalité d'emploi :** Le soir, après la douche, avec les ongles coupés et brossés, sur peau sèche. Appliquer la crème en respectant au mieux en fonction de la corpulence, les quantités sus-citées. Appliquer en fine couche sur la peau, de façon uniforme sur l'ensemble du corps (dont le cou, la nuque, la paume des mains et la plante des pieds), insister espaces interdigitaux des mains et des pieds, aux poignets, aux coudes, aux aisselles, aux organes génitaux externes et aux fesses.
- ▶ Ne pas appliquer sur la tête, ni la bouche, ni les narines, ni la vulve, ni l'anus, ni les yeux.
- ▶ La garder au moins 8h sans se laver. Si lavage des mains : il faut de nouveau appliquer de la crème sur ces zones.
- ▶ Toilette à l'eau et au savon le lendemain matin.
- ▶ Renouveler l'application selon les mêmes modalités 7 jours plus tard.

## STROMECTOL® comprimés de 3 mg :

- ▶ 1 pris de X comprimé à la dose 0,2 mg/kg
  - ▶ 15 à 24 kg : 1 cp
  - ▶ 25 à 35 kg : 2 cp
  - ▶ 36 à 50 kg : 3 cp
  - ▶ 51 à 65 kg : 4 cp
  - ▶ 66 à 79 kg : 5 cp
  - ▶ > Ou = 80 kg : 6 cp

## Mesures associées :

- ▶ Changer de vêtements, de draps de serviettes de bain le lendemain des traitements (J1-J8).
- ▶ Laver les draps et le linge de corps en machine à laver au moins à 50°C ou au sèche-linge (cycle chaud) pendant au moins 10 minutes.
- ▶ Pour le linge ne pouvant être lavé à 50°C : l'enfermer dans un sac plastique/poubelle fermé pendant au moins 4 jours.
- ▶ Passer l'aspirateur sur les coussins, tapis, canapé. Pas forcément nécessaire d'utiliser un acaricide.
- ▶ Si patient le souhaite : éviter le pulvérisateur Apar®, mais plutôt Enviroskab® ou Raid® Insectes rampants Fourmis, Araignées & Cafards.

# Pityriasis rosé de Gibert

- ▶ Eruption paravirale, non spécifique d'un virus
- ▶ Débute le plus souvent par un médaillon, grande plaque érythématosquameuse annulaire
- ▶ Puis éruption secondaire plus diffuse sur le tronc dit en sapin de Noël et la racine des membres avec des papules arrondies ou ovalaires érythématosquameuses
- ▶ Guérison spontanée en 6-8 semaines
- ▶ Dermocorticoïdes si prurit



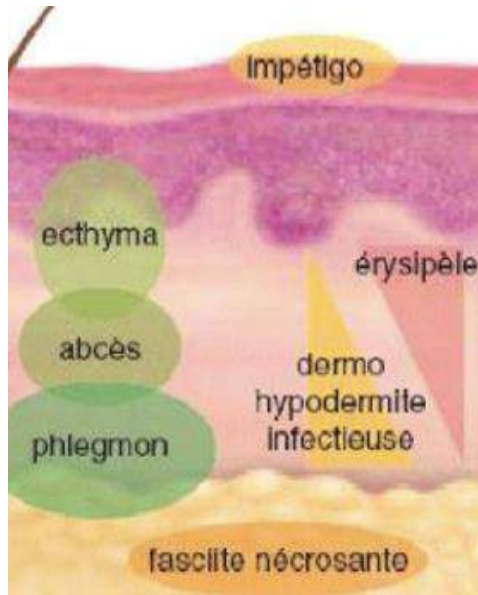
# Erythème polymorphe

- ▶ Dermatose inflammatoire réactionnelle avec atteinte cutanée (cocardes) et muqueuses (toutes les muqueuses peuvent être atteintes)
- ▶ Etiologies : herpès, *Mycoplasma pneumoniae*
- ▶ Guérison spontanée en quelques semaines
- ▶ Traitement mal codifié



# **Dermato Infectiologie - L'expertise de l'infectiologue**

# Dermohypodermites



**Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)**: atteinte épiderme + derme +/- hypoderme SANS signe de nécrose

**Dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN)**: signe de nécrose + atteinte fascia (fasciite), luscke (myosite) -> gangrène gazeuse

# Dermohypodermites

## Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) = Érysipèle

*Terrain à risque:*

- *Obésité (IMC > 30)*
- *Oedème, lymphoedème*
- *Plaie chronique, impétigo, varicelle*
- *ATCD de DHBNN*

**Recherche de porte d'entrée +++** (ulcère, impétigo, morsure, piquûre, ...) car:

- **Microbiologie variable** selon la porte d'entrée (utile pour l'adaptation thérapeutique)
- **Pas de porte d'entrée identifiée = MEFIANCE** →  
Diagnostics différentiels \*\*



**Membre inférieur +++ (90%)**

# Dermohypodermites

## Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) = Érysipèle

- Début **brutal**
- **Placard** inflammatoire **bien circonscrit**
- Parfois: bulles, décollement épidermique, purpura localisé, suintement séreux, trainée de lymphangite associée, ganglion dans le territoire de drainage
- **Signes généraux**: douleur, fièvre



Prise en charge ambulatoire possible

## Dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN)

- **Suppuration** purulente, **tâches cyaniques**, lividité, **hypo-anesthésie**, induration dépassant l'œdème, **crépitations**, **nécrose**
- **Douleur intense ++++**, impotence fonctionnelle
- **Extension/ aggravation rapide** dans les 24/48h (malgré l'initiation ATB)
- Signes de **sepsis**

Hospitalisation **URGENTE ++**

# Dermohypodermites

→ Diagnostics différentiels DHBNN

## Dermo-hypodermite inflammatoire sur insuffisance veineuse

❓ **L'insuffisance veineuse chronique évolue progressivement avec des altérations cutanées visibles**

Chronologiquement :

- télangiectasies et des varices réticulaires (petite taille, en mailles de file-> creux poplité ou face externe des membres inférieurs)
- varices s'aggravant + œdème ;
- troubles trophiques (pigmentation/ dermatite ocre, atrophie blanche, lipodermatosclérose) ;
- ulcération en dernier stade.

**Survenue de poussées inflammatoires, simulant une DHBNN lorsqu'elles sont unilatérales.**

**-> douloureuses ++ non ou peu fébriles.**

**Traitement: Repos et contention veineuse adaptée**



## Dermatite eczématiforme sur insuffisance veineuse (dermite de stase)



# Dermohypodermites

→ Pathogènes impliqués

- Porte d'entrée: **intertrigo, plaie superficielle**
  - **Streptocoque Beta hémolytique du groupe A +++**
- Porte d'entrée: **plaie chronique, blessure/corps étranger, morsure, toxicomanie IV**
  - Polymicrobien: **Staphylocoque doré, streptocoque A, entérobactéries, anaérobies**

NB: Staphylocoques et streptocoques -  
> Facteurs de virulence: EXOTOXINES



En l'absence de critères de gravité= en cas de PEC ambulatoire: **PAS d'examen complémentaire (pas de prélèvement, ni bilan biologique)**

# Dermohypodermites

## DHBNN

Prise en charge ambulatoire possible

→ Antibiothérapie + mesures associées



Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
DHBNN adulte	Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour	Pristinamycine : 1g x 3 /jour ou Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg	7 jours

### Antibiotiques à activité antitoxinique:

A privilégier en cas de signes toxiques locaux: bulles, purpura...ou si antécédent connu d'infection à SARM



### Mesures associées

- Repos , surélévation MI
- Contention veineuse dès amélioration de la douleur , au moins 3 semaines
- Prévention des récurrences ++

Mise à jour VAT  
PAS d'ATB TOPIQUE  
Pas de corticoïdes/ AINS TOPIQUES

# Dermohypodermites

## DHBNN

→ Prévention des récives



*Bandes de contention*

- Obésité (IMC > 30) => lutte contre la prise de poids
- Œdème chronique / Lymphoedème : contention -> Attention à la qualité pose bande/observance
- **Porte d'entrée cutanée +++ => soins locaux des plaies**

**Discuter l'antibioprophylaxie UNIQUEMENT pour les formes récidivantes (>2/an) après échec des mesures de PEC des facteurs favorisants**  
-> réévaluation régulière de l'intérêt de son maintien

*soins ulcères*



*rechercher et soigner intertrigo*



*Attention aux chats!*

- Benzathine-Benzyl-Pénicilline G retard 2,4 MUI/ 2 à 4 semaines
- Pénicilline V 1 à 2 MUI/jour PO en 2 prises PO
- Si allergie documentée aux pénicillines azithromycine 250mg/j PO

# Dermohypodermites

→ Traitements

**DHBNN -> !!! CAS DE L'ATTEINTE DE LA FACE**

- Le plus souvent secondaire à des soins dentaires
- Bourrelet périphérique

- Complications possibles:

- 1/ Staphylococcie maligne de la face: fièvre + placard extensif+ thrombophlébite cérébrale (sinus caverneux)
- 2/ Médiastinite en cas d'extension d'une infection à point de départ ORL
- 3/ Exophtalmie avec compression des muscles et du NO
  - Terrain à risque de complications: diabète, immunodépression, obésité, HTA, éthylisme chronique.

**Rôle délétère des AINS**

PEC ambulatoire si aucun signe de gravité mais avec réévaluation à 48h systématique

Au moindre doute sur élément gravité/ complication potentielle:  
-> AVIS INFECTIEUX URGENT (Tel)  
/ Adressage SAU

# Autres infections cutanées



## Morsure

### Traitement antibiotique systématique

**Amoxicilline- acide clavulanique** 1g T8/  
50mg/kg/jour > 80kg sans dépasser 6g/j

Si allergie: **Doxycycline** 100mg\*2/j ou  
**Pristinamycine** 1\*3/j ou **Clindamycine**  
600\*3/j (\*4 si >100kg)

Durée : **5 jours** pour toutes les molécules

**MAJ VAT**  
**Pas d'antibiothérapie topique**



## Corps étranger

### Traitement selon l'état de la plaie et le terrain

Si **plaie souillée** ou **signes inflammatoires locaux** de type érythème ou induration >5cm, lymphangite ou signes généraux => **Antibiothérapie 7 jours**

Absence de signes inflammatoires/souillure -> évaluer le terrain sous jacent-> **terrain ischémique local** (AOMI)  
=> **Antibiothérapie 5 jours**

En l'absence de souillure/ signes inflammatoire locaux et/ou de terrain ischémique => **Pas d'antibiothérapie**

**Molécule : Amoxicilline - Acide clavulanique / si allergie Pristinamycine/ Clindamycine**

# Autres infections cutanées

## Folliculite, furoncle, furunculose

- Folliculite : inflammation d'un follicule pilosébacé.
- Furoncle: infection profonde follicule pilosébacé à staphylocoque doré -> nécrose en 5 à 10 jours -> élimination du follicule pileux (bourbillon)

### Furunculose: répétition des furoncles sur plusieurs mois

- FDR n°1= portage SA / contact personne infectée à Staph D
- Bilan : dépistage des gîtes (nez, gorge , anus , périnée) si échec d'une 1<sup>ère</sup> décolonisation

### FDR de complications:

- Terrain: Age <1an, diabète, obésité, immunodépression, hygiène insuffisante
- Localisation: face, periorificielle, pelvienne

### Complications du furoncle: Favorisée par la MANIPULATION

- Abcédation secondaire
- Anthrax : rassemblement de plusieurs furoncles
- Multiples furoncles éparses
- DHBNN péri-lésionnelle
- Staphylococcie maligne de la face

# Autres infections cutanées

## Folliculite, furoncle, furonculose

	Soins locaux	Antibiotiques	Durée
Folliculite / Furoncle isolé	Oui sans antiseptique	Non	
Furoncle compliqué/ anthrax	Oui sans antiseptique	Dalacine 600*3/j (*4 si >100kg) Pyostacine 1g*3/j	5 j
Furonculose	Oui <u>avec</u> antiseptique	Idem	7 j

### Soins locaux

- Ne pas manipuler,
- Lavage quotidien eau/savon
- éventuellement incision extrémité si volumineux
- Pansement
- Changement linge de toilette quotidien, ne pas le partager, vêtements propres

### Furonculose: Protocole de décolonisation A DISTANCE DE LA POUSSEE

- Application nasale de pommade de mupirocine 2/j pdt 7j
- Lavage+shampoing avec solution moussante de chlorhexidine 1/j 7j
- Vêtements propres, changer fréquemment le linge de toilette, non partage du linge
- Bains de bouche chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans) \*2/j
- Tous les membres du foyer en même temps!
- Prévenir possibilité rechute et nécessité parfois de répéter le protocole

# Autres infections cutanées

## Impétigo

- Lésions cutanées vésiculo-pustuleuses 2ndairement croûteuses, mellicériques
- Porte d'entrée: dermatose prurigineuse sous jacente
- Contagieux / auto inoculation (petites épidémies familiales ou de collectivités qui justifient l'éviction scolaire quand étendu)
- Pathogènes: SA ++ / S.Pyogenes ou les 2: multiplication et sécrétion locale de toxines, bulles à contenu trouble
- Diagnostic clinique -> pas de prélèvement

Dermatoses sous jacentes les plus fréquentes : pédiculose, gale, varicelle, prurigo, dermatite atopique

Formes grave: ecthyma (impétigo nécrosant creusant, FDR adulte: Diabète / OH) , impétigo >2% SCT ou > 6 lésions, extension rapide

# Autres infections cutanées

## Impétigo

### Impétigo simple

- **Soins de toilette \*1 ou \*2/j eau savon**, couper les ongles, pas de macération, vêtements propres, hygiène des mains
- **PAS D'ANTISEPTIQUE**
- ANTIBIOTHÉRAPIE LOCALE par **Mupirocine** 2 à 3 fois/jour pendant **5 jours** (tx R< à celui acd fusidique)
- **TRAITEMENT DE LA DERMATOSE SOUS JACENTE**
- Eviction collectivité 72h après le début atb si zones non recouvertes
- Traitement fratrie/famille si besoin surtout si récidive

### Impétigo grave

- **Idem Impétigo simple** SAUF **PAS D'ANTIBIOTHERAPIE LOCALE MAIS PO 7 jours**
- **Application biquotidienne de vaseline localement après soins d'hygiène**

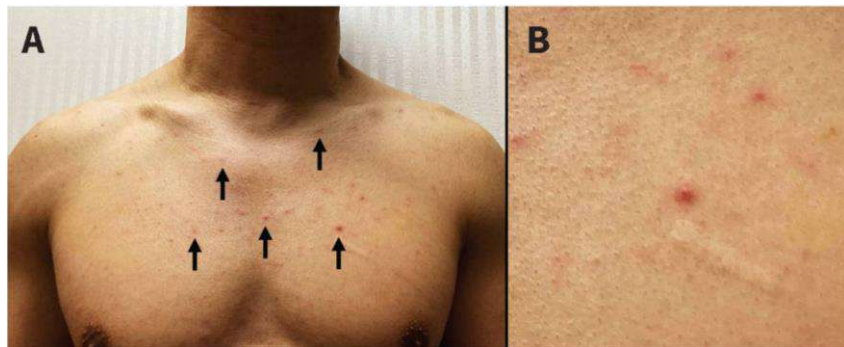
### Molécules

- **Adulte: Pristinamycine 1g\*3/j , cefalexine 2 à 4g/jour selon le poids**
- **Enfants: Amoxicilline-acide clavulanique 80mg/kg/j ou Cefalexine 50 mg/kg/j PO en 2 prises (maximum 2 g/jour)**
- *Si allergie pénicilline: clarithromycine*

# VIH



Exanthème généralisé  
morbilliforme



Exanthème maculo-papuleux

## PRIMO INFECTION

~2-3 semaines après la contamination,

multiplication virale rapide et charge virale élevée

sérologie encore négative

contagiosité ++

**Syndrome pseudo grippal ou une mononucléose :**  
fièvre, asthénie, myalgies, céphalées, pharyngite et adénopathies.

**Eruption maculo papuleuse en 60-70% des cas** (tronc, cou, épaules, parfois palmo plantaire) indolore, non prurigineuse. Durée 5-10 jours

**Atypie: forme urticarienne ou vésiculo pustuleuse**

**Atteinte muqueuse possible : savoir y penser!** surtout si associée à un syndrome pseudo grippal avec inflammation pharyngée.

Atteinte muqueuse: **érosion/ulcérations douloureuses bouche/OGE/anus**

**Avoir le dépistage facile devant toute éruption atypique grand ado/adulte de tout âge ...avec celui de la syphilis**

# Syphilis

**Eruption morbiliforme maculo papuleuse à la phase secondaire précoce (<1an)**

Savoir y penser

Avoir le dépistage facile...avec celui du VIH

-> **Nouvelles recommandations HAS 2025**

pour la PEC ambulatoire des syphilis secondaire neurologique, ophtalmogique et otologique

**Ceftriaxone** 2g/j; Durée: **10 à 14 jours**

ou

**Doxycycline** 200mg \*2/jour; Durée: **28 jours**



# Varicelle/Zona

## Varicelle

Infection infantile le plus souvent bénigne

-> **VACCINATION?**

## Zona

Réactivation du VZV

**Douloureuse et à risque de complication (ophtalmo, neurologiques, démence)**

Traitement préventif: **VACCINATION: Shingrix 2 injections IM espacées de 2 mois**

*La vaccination zona est recommandée chez les **+18 ans avec déficit immunitaire** et **+65 ans immunocompétents** (y compris en cas d'antécédents de zona, de Zostavax de +1 an) avec 2 injections à M0-M2.*

Traitement curatif: Le **traitement antiviral doit être débuté en urgence dans les 48 à 72 premières heures**, avec une bonne hydratation.

**Valaciclovir** 1g 3 fois par jour pendant **7 jours**, début immédiat



# Piqûres d'insectes



Les **punaises de lit** ne transmettent pas d'infections



Les **araignées** non plus

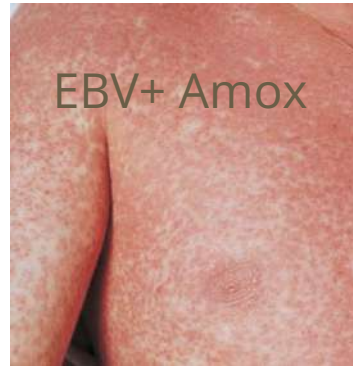


Les **tiques** oui: borreliose de lyme, rickettsiose (formations spécifiques)



Les **moustiques** : zika, deng , chik tous peuvent s'accompagner d'éruption maculo papuleuse, nous en verrons de plus en plus avec l'implantation prochaine de ces pathogènes en métropole.

# foule d'exanthèmes



## Comment nous contacter ?



Infectiologue / EOH  
Dr Danielle JAAFAR



Pharmacien EMA  
Dr Manon POUILLOT DESCHAMPS

# EMA

### Equipe pluriprofessionnelle

- Médecins: Drs Belkacem, Jaafar, Arias, Caraux-Paz
- Pharmacien: Dr. Deschamps

### Organisation

- Omnidoc
- Avis téléphonique
- Activité transversale sur le CHIV
- Consultation/hospitalisation CHIV



Infectiologue EMI  
Dr Anna BELKACEM



Cheffe de service MIT/  
Responsable de l'EMA  
Dr Pauline CARAUX-PAZ



[infectieux@chiv.fr](mailto:infectieux@chiv.fr)



01 45 10 41 72

 omnidoc



Infectiologue en charge des activités vers la ville  
Dr Pauline ARIAS



[Omnidoc/chiv](https://omnidoc.chiv)



**Merci pour  
votre  
attention !**



**Nous vous remercions sincèrement pour  
votre attention tout au long de cette  
présentation.**

**C'est le moment de poser vos questions  
pour approfondir certains points abordés  
aujourd'hui.**

**Partageons nos expériences et discutons  
ensemble pour enrichir nos connaissances  
collectives.**