

Infections cutanées

Les affections cutanées ne sont pas toutes des infections mais toutes favorisent, soit la colonisation de la peau par des micro-organismes exogènes, soit l'accroissement de la flore cutanée déjà présente.

En effet, la peau est naturellement et normalement riche en micro-organismes. Ces micro-organismes constituent l'écosystème cutané ou « flore commensale cutanée ». Classiquement on distingue la flore endogène permanente (flore résidente) et la flore exogène (flore transitoire). Cette flore varie qualitativement et quantitativement en fonction des régions du corps (elle est plus nombreuse dans les zones humides et chaudes), de la qualité de l'épiderme, des interactions des germes (déséquilibre de la flore commensale par antibiothérapie, œstro-progestatifs...), des facteurs environnementaux (l'humidité favorise les bacilles à gram négatif), de l'hôte (déficit immunitaire, diabète, âge...).

Cet écosystème cutané a pour fonction le maintien de l'équilibre du milieu et constitue une barrière efficace contre l'implantation des micro-organismes pathogènes. Il est porté par l'épiderme (couche la plus superficielle de la peau). La rupture de cet épiderme par un agent agressif, quel qu'il soit, permet la pénétration de micro-organismes endogènes ou exogènes plus profondément (deuxième ou troisième couche de la peau) pouvant conduire à une infection généralisée.

Les localisations superficielles des micro-organismes responsables des infections cutanées favorisent la transmission par contact (direct ou indirect) et la prévention générale de leur dissémination implique la mise en œuvre des précautions standard associées si besoin aux précautions complémentaires de type « contact » (cf. chapitre transmission croisée).

L'objectif de ce chapitre est d'illustrer par quelques exemples les infections cutanées d'origine parasitaire, bactérienne ou virale.

Infections cutanées parasitaires

Exemple de la gale

Argumentaire

La gale est une parasitose cutanée commune et cosmopolite due à un acarien *Sarcoptes scabiei var hominis*. C'est un parasite exclusif de l'homme.

Le sarcopte adulte ne survit pas plus de un à deux jours en dehors de son hôte à température ambiante. Il s'immobilise à une température inférieure à 20 °C sans mourir (survie de deux jours à 20 °C). Il pourrait survivre jusqu'à trois semaines dans une atmosphère saturée en humidité et à une température de 10° C à 15 °C. En revanche, le sarcopte est tué lorsque la température est supérieure à 55 °C (10 minutes à 50 °C).

La transmission de la gale est généralement assurée par les femelles nouvellement fécondées. Toutefois la destruction des sillons par grattage peut favoriser la transmission des femelles plus âgées. Compte tenu de leur taux de mortalité élevé, les stades immatures (larves et nymphes) ne sont responsables de la transmission que s'ils sont présents en très grand nombre. La dissémination du parasite est favorisée par la vie en collectivité et la promiscuité. Elle est possible par :

- transmission directe, responsable de la contamination dans 95 % des cas, soit par :
 - contact d'un sujet à l'autre : le sarcopte peut alors s'introduire dans l'épiderme du nouvel hôte (pour les soi-

gnants, les contacts peau à peau sont essentiellement induits par les soins de nursing);

- transmission sexuelle : la gale est une infection sexuellement transmissible (IST);

- transmission indirecte, plus difficile, par l'intermédiaire de l'environnement (essentiellement le linge et la literie) : les sarcoptes vivants retrouvés dans l'environnement, affaiblis et dénutris, mettent plus longtemps à pénétrer dans la peau et sont moins infectants. Toutefois, même si cette transmission est rare, elle ne doit pas être écartée surtout dans les collectivités, d'autant qu'elle est facilitée dans les formes de gale hyperkératosique (riches en parasites).

La gale sévit sous forme d'épidémies dans les institutions (maisons de retraite, hôpitaux, prisons...). Une épidémie de gale est définie par deux cas de gale ou plus, diagnostiquées par un médecin. Deux formes cliniques sont observées :

- gale commune : le sillon scabieux est le signe pathognomonique de la gale;
- gales profuses : ce sont les formes les plus contagieuses comme la gale hyperkératosique ou croûteuse, dite « gale norvégienne » ou la gale disséminée inflammatoire.

La sémiologie peut être trompeuse en particulier chez les sujets âgés qui vivent en maison de retraite ou en long séjour : le dos, le cuir chevelu et le visage peuvent être touchés.

Le traitement des cas lors d'épidémies n'a pas fait l'objet d'essais comparatifs mais l'on dispose de nombreuses études en faveur de l'efficacité de l'ivermectine à maîtriser l'épidémie par une dose de 200 µg/kg à jeûn, qui selon les études, doit être renouvelée systématiquement après deux semaines.

Pour les cas de gale profuse, il convient d'associer au moins deux applications de scabicide topique et une cure d'ivermectine qui peut être répétée.

La gale nosocomiale peut concerner les patients comme les personnels de santé. Pour les gales nosocomiales, le délai de une à six semaines est retenu comme probable avec confirmation pour investigation et recherche du cas index. Pour le personnel, le cas est nosocomial s'il existe dans l'établissement un cas certain ou un cas probable de gale et s'il y a eu possibilité de contact avec ce cas. Il faut aussi noter qu'une gale nosocomiale peut être diagnostiquée dans un établissement et avoir été contractée dans un autre ; l'absence de cas index au sein de l'établissement est donc possible.

Recommandations

R146 Gestion d'un cas isolé :

- appliquer les PS est une barrière efficace à la transmission du parasite;
- respecter les PCC devant tout cas de gale certain ou probable pour éviter l'extension de la parasitose;
- porter impérativement des gants à usage unique non stériles et une surblouse à manches longues pour tout contact cutané prolongé avec le patient ou les objets contaminés;
- pratiquer un lavage simple des mains pour éliminer physiquement, lors du rinçage, les parasites présents à la surface de la peau (les PHA, non acaricides, ne permettent pas de tuer les acariens qui se trouvent à certains moments de leur cycle de croissance à la surface de la peau);
- manipuler le linge, potentiellement porteur de parasites, avec précaution, sans jamais le poser à terre; le traiter avec des produits antiparasitaires et l'évacuer vers la filière de traitement sans stockage intermédiaire;
- en cas de gale profuse, appliquer des mesures de désinfection complémentaires avec un acaricide type APAR®, réalisées à J 1 du traitement après nettoyage; le traitement de l'environnement n'est pas indiqué dans le cas de gale commune.

R147 Gestion d'une épidémie (présence deux cas de gale ou plus, diagnostiquées par un médecin) :

- mettre en place une cellule de crise afin d'évaluer la gravité de l'épidémie, de choisir la stratégie thérapeutique tenant compte des contraintes organisationnelles, d'organiser l'information des patients, des familles, du personnel et des intervenants extérieurs, de définir les missions et responsabilités de chacun et d'établir les recommandations;
- fixer la date de gestion de l'épidémie (traitement des patients et de l'environnement) uniquement lorsque tous les moyens logistiques sont réunis;
- mettre en place une surveillance pour dépister d'autres cas (patients dont les signes cliniques auraient pu passer inaperçus ou être interprétés de manière erronée);
- signaler l'épidémie..

En savoir plus

■ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE (CSHPF). Avis du CSHPF, section des maladies transmissibles du 27 juin 2003 relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale. 5 p. Disponible sur :

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/RCSHPF/av270603_gale.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ CCLIN SUD-OUEST. Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux. 2004, 56 p. Disponible sur :

<http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Gale/galeSO.pdf> (consulté le 13 mai 2010).

■ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS). Maladies infectieuses. Épidémie de gale communautaire - Guide d'investigation et d'aide à la gestion. 2008. 48 p. Disponible sur :

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Gale/epidemie_gale_commmunautaire.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ SULLIVAN JR, WATT G, BARKER B. Successful use ivermectin in the treatment of endemic scabies in a nursing home. *Australas J Dermatol.* 1997; 38: 137-140.

■ VASSEUR E, FLEURY L, BOUGNOUX ME, *et al.* Evaluation de l'efficacité et de la tolérance de l'ivermectine au cours d'une épidémie de gale en hôpital long séjour. *Ann Dermatol Venereol.* 1998; 125 (Suppl 3): 202.

Infections cutanées bactériennes

Exemples d'infections pyogènes : *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*

Argumentaire

Les infections cutanées bactériennes sont des pathologies courantes, le plus souvent bénignes, mais pouvant évoluer vers des infections graves, soit du fait du terrain, soit du fait de la virulence propre de la bactérie (en particulier par la production de toxines). En effet, la multiplication bactérienne induit la production d'enzymes et de toxines (facteurs de virulence du germe) pouvant conduire à l'extension du foyer infectieux jusqu'à la septicémie. L'action de ces nombreuses toxines et enzymes détruit les cellules et produit du pus : les germes sont dits pyogènes.

Staphylococcus aureus

Ce sont des germes très répandus dans la nature. On estime que 20 % à 75 % des individus sont porteurs de *S. aureus* (porteurs persistants, occasionnels ou transitoires).

Les infections à *S. aureus* sont très fréquentes et ont des localisations et des aspects cliniques variés. Le germe pénètre dans l'organisme le plus souvent après rupture de la barrière cutanée (blessures, cathéters, chirurgie, brûlures...) ou au niveau d'un follicule pileux. La résistance à la métilcilline de *S. aureus* a été mise en évidence dès 1961, quasiment en même temps que la commercialisation de cet antibiotique. Depuis, le SARM (*S. aureus* résistant à la métilcilline) est courant dans les établissements de soins. C'est même un des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Mais actuellement, les SARM sont également présents dans la communauté ; aussi on distingue :

- les SARM hospitaliers :
 - hébergés par des personnes séjournant ou ayant séjourné dans un établissement de soins ou par du personnel en contact avec ces patients infectés ou colonisés,
 - diffusés par transmission croisée interhumaine (directe ou indirecte), favorisée par le portage le plus souvent asymptomatique et de longue durée ;
- les SARM communautaires (SARM-Co) :
 - acquis indépendamment des soins,
 - producteurs d'une toxine nécrosante (leucocidine de Pantone Valentine),
 - responsables essentiellement d'infections cutanées,
 - transmis par contact peau à peau, favorisés par la promiscuité, les contacts physiques importants (sportifs).

Streptococcus pyogenes

Le streptocoque du groupe A ou SGA est également responsable d'infections cutanées extrêmement variées. Ce germe est strictement humain. Il est retrouvé essentiellement au niveau du rhinopharynx et des lésions cutanées. Contrairement à *S. aureus*, sa sensibilité aux antibiotiques est bien conservée, en particulier aux pénicillines.

Le SGA se transmet par contact direct ou indirect des muqueuses avec des mains ou des objets fraîchement souillés par les sécrétions oropharyngées ou les lésions cutanées d'un sujet infecté ou porteur.

La pathologie cutanée peut prendre des formes variées invasives ou non invasives : érysipèle, impétigo, pyodermite, cellulite, dermo-hypodermite nécrosante (ou fasciite nécrosante). La symptomatologie est aiguë avec fièvre et signes locaux ; l'évolution des formes graves peut être très rapide : syndrome de choc toxique streptococcique voire décès.

Les facteurs favorisant l'infection invasive sont l'âge (> 65 ans), la varicelle évolutive, les lésions cutanées éten-

dues (dont les brûlures), la toxicomanie intra-veineuse, les pathologies évolutives (diabète, cancer, hémopathie, infection à VIH, insuffisance cardiaque) et la corticothérapie.

Le risque d'acquisition d'une souche de SGA augmente avec la proximité et la durée des contacts avec un malade : membres d'une même famille, personnes ayant eu des contacts étroits.

Depuis la mise en place du signalement des infections nosocomiales (IN) en juillet 2001 jusqu'en juin 2005, 59 signalements (87 cas) d'IN à streptocoques du groupe A ont été recensés par l'Institut de veille sanitaire. Parmi les cas déclarés, 17 sont des infections du site opératoire, et 37 des infections du post-partum. Parmi ces 87 cas, 12 sont décédés, le décès étant directement lié à l'IN.

Recommandations

R148 Les infections cutanées bactériennes se transmettent essentiellement par transmission croisée ; de ce fait, il convient :

- d'appliquer les PS ;
- d'organiser un système d'alerte pour les BMR (ex. : SARM) ou les bactéries épidémiogènes pouvant conduire à des infections sévères (ex. : streptocoque A) en utilisant, quand ils sont disponibles, les outils permettant des diagnostics rapides qui optimisent le dépistage et la prise en charge précoce ;
- d'appliquer les PCC quand elles sont nécessaires (cf. chapitre transmission croisée) ;
- de prévoir une conduite à tenir en cas d'épidémie (cf. chapitre prise en charge et maîtrise d'une infection associée aux soins) ;
- de signaler les cas groupés (cf. chapitre signalement).

En savoir plus

■ HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP). Recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline communautaires 2009. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091020_previnfcutsarm.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Recommandations nationales. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Consensus formalisé d'experts. Hygiènes. 2009. Disponible sur :

http://www.cellule-regionale-hygiene.com/images/48/download/recommandations_preventiontransmission-croiseeSFHH.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, CTIN. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. 1999. 23 p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/bacteries/maitbact.html> (consulté le 13 mai 2010).

■ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Maladies infectieuses. Infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) dans les établissements de santé, France, 2005-2008. Analyse épidémiologique des données transmises dans le cadre des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales. 43 p. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/infections_sarm_sante_2005_2008/infections_sarm_sante_2005_2008.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ GONZALEZ BE, RUEDA AM, SHELburne SA 3rd, MUSER DM, HAMILL RJ, HULTEN KG. Community-associated strains of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as the cause of healthcare-associated infection. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006; 27: 1051-1056.

■ JOHNSON LB, VENOGOPAL AA, PAWLAK J, SARAVOLATZ LD. Emergence of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection among patients with end-stage renal disease. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006; 27: 1057-1062.

■ DAVID MZ, GLIKMAN D, CRAWFORD SE, *et al.* What is community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*? *J Infect Dis.* 2008; 197: 1235-1243.

■ ORNSKOV D, KOLMOS B, BENDIX HORN P, NEDERBY NIELSEN J, BRANDSLUND I, SCHOUENBORG P. Screening for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in clinical swabs using a high-throughput real-time PCR-based method. *Clin Microbiol Infect.* 2008; 14: 22-28.

■ GRENER G, DUPUY A, ROUVEAU M, *et al.* Dépistage systématique du portage nasal du *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) chez les patients hospitalisés en dermatologie : expérience de l'hôpital Saint-Louis. *Ann Dermatol Venerol.* 2008; 135: 815-821.

■ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Direction générale de la santé. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir autour d'un ou de plusieurs cas, d'origine communautaire, d'infections invasives à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoques du groupe A). Séance du 18 novembre 2005. 6 p. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cshpf/a_mt_181105_streptococcus.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Avis de la Société française d'hygiène hospitalière. Port du masque et infection à streptocoque du groupe A en maternité. 2005. 1 p. Disponible sur : http://www.sfhf.net/telechargement/recommandations_avis200405.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ CCLIN SUD-EST. Conduite à tenir en cas de suspicion d'infection invasive à *Streptococcus pyogenes* (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A) en service de gynécologie obstétrique et maternité. 8 p. Disponible sur : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/signalement/Fiches/Strep-toA_VF%20_2_.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ DENOEUDE L, LÉPOUTRE A, BOUVET A, COIGNARD B. Signalements d'infections nosocomiales invasives à *Streptococcus pyogenes* en post-opératoire ou post-partum en France du 1^{er} août 2001 au 31 décembre 2003. Bull Epidemiol Hebd 2005; 33: 165-166.

■ COIGNARD B, POUJOL I, CARBONNE A, *et al.* Le signalement des infections nosocomiales, France, 2001-2005. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 51-52: 406-410. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/51_52/beh_51_52_2006.pdf (consulté le 13 mai 2010).

Infections cutanées virales

Exemples des *herpes viridae* (varicelle, zona, herpès)

Argumentaire

Les virus de l'herpès et de la varicelle sont des virus à ADN qui ont la possibilité de subsister chez les personnes infectées sous forme latente toute une vie durant. Cet état latent est asymptomatique. Dans certaines conditions, le virus peut se manifester à nouveau par réactivation (récurrence ou résurgence). Ainsi le virus de la varicelle déclenche une varicelle lors du premier contact et un zona lors des manifestations ultérieures.

Virus de la varicelle et du zona

Il se transmet par contact étroit avec une personne infectée à partir des lésions cutanées mais aussi par inhalation des gouttelettes respiratoires projetées lors de la toux ou de la parole. Le virus pénètre par la cavité nasopharyngée et les conjonctives. La propagation vers la peau et les muqueuses se fait par virémie. La période d'incubation est de deux à trois semaines. L'aérosol est contaminant deux à trois jours avant l'apparition de l'exanthème et ce mode

de contamination est démontré aussi bien pour la varicelle que pour le zona. Un contact même court en face à face peut être contaminant. L'analyse d'échantillons d'air par PCR (*polymerase chain reaction*) dans la chambre de patients atteints de varicelle ou de zona a mis en évidence la présence du virus à une distance allant jusqu'à cinq mètres du lit et parfois même en dehors de la chambre : cette détection de l'ADN viral ne préjuge pas de l'infectiosité car seul le virion complet enveloppé est infectieux.

La varicelle est une maladie infantile classique mais les cas de varicelle chez les adultes sont en augmentation expliquant une incidence élevée de cas nosocomiaux tant pour les patients que pour le personnel. La maladie évolue souvent plus sévèrement chez l'adulte, chez l'immunodéprimé, la femme enceinte et le nouveau-né. De même, chez l'enfant immunodéprimé, la varicelle peut revêtir une forme maligne avec une dissémination virale généralisée.

Le zona est la manifestation de la réactivation du virus latent de la varicelle. Les vésicules restent limitées au territoire cutané d'un nerf sensitif (intercostal, crânien...); des évolutions inapparentes avec douleur irradiante sans exanthème sont possibles. La survenue d'un zona chez une personne âgée en institution n'est pas actuellement une indication d'isolement. Cela pourrait être remis en question par des publications récentes. Ainsi, au sein d'une maison de retraite, plusieurs cas de varicelle ont été diagnostiqués chez des pensionnaires et des personnels soignants rapidement après l'apparition d'un zona chez une des pensionnaires. Cette étude serait en faveur d'un isolement « air » pour les patients ayant un zona.

Virus de l'herpès

Il est responsable d'infections fréquentes, le plus souvent bénignes (ex.: « bouton de fièvre »). Elles sont dues à deux sérotypes du virus : le virus *herpes simplex* type 1 (HSV-1), et le virus *herpes simplex* type 2 (HSV-2). Classiquement le premier est transmis par voie orale et le second par voie sexuelle, mais cette différenciation « géographique » n'est pas absolue. Le réservoir est strictement humain. La période d'incubation est de deux à douze jours. Les récurrences peuvent être symptomatiques ou asymptomatiques. Dans les deux cas, elles sont sources de contamination pour l'entourage. Quant aux cas « nosocomiaux », les études génomiques des souches montrent qu'ils sont le plus souvent dus à des récurrences plutôt qu'à l'acquisition réelle de souches exogènes.

Le virus HSV est fragile et ne persiste que peu de temps dans le milieu extérieur. Son pouvoir infectieux dans des conditions expérimentales est court (1 à 2 heures sur la plupart des supports, 72 heures sur des compresses humides).

Le nouveau-né est particulièrement sensible aux infections herpétiques. L'herpès néonatal expose à la mort ou aux séquelles neurosensorielles. Le nouveau-né peut se contaminer *in utero* (par voie hématogène lors d'une primo-infection maternelle), à l'accouchement ou pendant la période post-natale. Le mode le plus fréquent de contamination est lors de l'accouchement (deux tiers des cas) par contact direct avec les sécrétions cervico-vaginales maternelles infectées. C'est l'acquisition pendant la période post-natale qui peut être nosocomiale si la transmission est reliée à un membre de l'équipe soignante, un autre nouveau-né infecté ou à du matériel contaminé. À noter que les cas de transmission indirecte par matériel médical non désinfecté sont exceptionnels. Il est donc important d'éviter tout contact direct du nouveau-né avec des lésions herpétiques. Les précautions standard doivent être respectées. La povidone iodée, proposée par certains en collyre ou en bain est contre-indiquée chez le nouveau-né. L'allaitement est contre-indiqué en cas de lésion herpétique mammaire ou mamelonnaire chez la mère. Les lésions situées à distance doivent être protégées.

Recommandations

R149 La varicelle n'étant plus une maladie uniquement de la petite enfance, une stratégie de prévention doit être élaborée au sein des établissements en associant le service de santé au travail pour :

- dépister à l'embauche le personnel séronégatif et lui proposer la vaccination ;
- appliquer les PS ;
- appliquer les PCA (chambre seule, porte fermée voire chambre à pression négative si disponible) et PCC pour les cas (varicelle ou zona) ;
- maintenir l'isolement jusqu'à ce que les lésions soient croûteuses ;
- limiter les déplacements du cas index (ou des cas) ;
- identifier les personnes exposées, vérifier leur immunité, isoler les personnes réceptives et mettre en place la prise en charge thérapeutique (infectiologie ou médecin du service).

R150 Le virus de l'herpès se transmettant essentiellement par contact, il convient :

- d'appliquer les PS ;
- d'éviter dans les services de néonatalogie ou de pédiatrie (hématologie, oncologie) le contact direct de soignants présentant des récurrences herpétiques avec les patients ;

- d'élaborer un protocole pour la prise en charge des accouchements de mère avec symptômes ou antécédents d'herpès ;
- de mettre en place une surveillance clinique rapprochée dans les premiers mois de vie chez un nouveau-né exposé à un risque d'infection herpétique ;
- d'appliquer les procédures de désinfection du matériel ou utiliser du matériel à usage unique.

En savoir plus

■ LOPEZ AS, BURNETT-HARTMANN A, NAMBIAR R, *et al.* Transmission of a newly characterized strain of varicella-zoster virus from a patient with herpes zoster in a long-term-care facility, West Virginia 2004. *J Infect Dis.* 2008; 197: 646-653.

■ MEHTA SK, TYRING SK, GILDEN DH, *et al.* Varicella-zoster virus in the saliva of patients with herpes zoster. *J Infect Dis.* 2008; 197: 654-657.

■ SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE (SPILF). Prise en charge des infections à VZV. 11^e Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. *Méd Mal Infect.* 1998; 28: 1-8. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/vzv98.pdf (consulté le 13 mai 2010).

■ FILLET AM. Virus varicelle zona. *In* : Les infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non conventionnels. B Pozetto. John Libbey Eurotext. 2001; 102-112.

■ LAURENT R. Infections à *Herpesviridae*. *In* : Manifestations dermatologiques des maladies infectieuses, métaboliques et toxiques. Bessis D. Springer-Verlag. France. 2008; 31: 1-10.

■ ROZENBERG F. *Virus herpes simplex*. *In* : Les infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non conventionnels. B Pozetto. John Libbey Eurotext 2001; 96-101.

■ SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE (SFD), AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent. Conférence de consensus. 2001. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/herpes_long.pdf (consulté le 13 mai 2010).

Spécificités

Exemple des escarres

Argumentaire

L'escarre est une lésion d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. L'escarre est également décrite comme une « plaie » de dedans en dehors de forme conique à base profonde d'origine multifactorielle, ce qui la différencie des abrasions cutanées. Il existe quatre stades d'escarres allant de la simple rougeur à des formes particulièrement graves qui peuvent atteindre l'os. C'est une pathologie courante en milieu hospitalier touchant particulièrement les patients dont la mobilité est diminuée. Les services de gériatrie, neurologie, rééducation, soins intensifs, chirurgie accueillent un grand nombre de patients à risque. La prévention est efficace tandis que le traitement curatif d'une escarre est long, coûteux et incertain. Ni les antiseptiques, ni les antibiotiques n'ont place dans cette prévention.

De fait, cette lésion cutanée favorise la colonisation bactérienne sans que, pour autant, il s'agisse d'une infection à proprement parler. Le respect de cette flore commensale qui colonise les plaies est capital car elle contribue à la détersion et au bourgeonnement. La détersion naturelle réalisée à partir de la flore cutanée est un processus long d'environ trois semaines qui comporte la formation d'une collection putride sans que cela constitue un signe d'infection.

L'infection peut toutefois réellement exister. Elle est suspectée sur les signes locaux, affirmée au-delà de 10^5 germes/ml (ou gramme de tissu) sur les prélèvements (liquide de ponction, de biopsie) et/ou hémoculture. Le risque est la propagation de l'infection à l'os ou de septicémie. L'intérêt des antibiotiques et des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré. Le traitement antibiotique par voie générale, ajusté en fonction de l'antibiogramme, doit être intégré dans le cadre d'une stratégie globale médico-chirurgicale lorsque l'infection d'escarre est avérée.

Les informations d'un niveau de preuve suffisant concernant l'évaluation, la prévention et le traitement des escarres manquent. La recherche sur les escarres est trop souvent limitée aux essais thérapeutiques de produits isolés; il serait important de l'étendre à la recherche fondamentale et clinique.

Recommandations

R151 Les points importants sont:

- l'identification des patients à risque;
- l'identification des facteurs de risque (jugement clinique et échelle validée);
- l'évaluation à chaque changement d'état du patient;
- l'observation régulière de l'état cutané;
- la participation du patient et de son entourage;
- la mise en place de mesures préventives:
 - la diminution de la pression (mobilisation),
 - l'utilisation de supports,
 - le maintien de l'hygiène cutanée,
 - la prévention de la macération,
 - l'adaptation de l'équilibre nutritionnel;
- la formation initiale de tout médecin et de tout soignant à la prévention et aux soins d'escarres.

En savoir plus

■ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES), PRÉVENTION EDUCATION RECHERCHE SOINS ESCARRES (PERSE), ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP), SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE DES PLAIES ET CICATRISATIONS (SFFPC). Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus. 2001. 41 p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271996/prevention-et-traitement-des-escarres-de-ladulte-et-du-sujet-age ou

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf (consultés le 13 mai 2010).

■ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS (MEAH). Les escarres - d'une problématique médicale à un projet d'organisation institutionnel - Série « Bibliographies / études de la littérature ». Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers 2007, Paris, 25 p. Disponible sur: <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1111> (consulté le 13 mai 2010).