

Diagnostic et traitement

# Abcès cutanés récidivants

Sonja K. Trüstedt<sup>a</sup>, médecin diplômée; Stefanus Paas<sup>a</sup>, médecin diplômé; PD Dr méd. Stefan Erb<sup>b,c</sup>; Dr méd. Esther Künzli<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Sanacare Gruppenpraxis Aarau, Aarau; <sup>b</sup> Praxengemeinschaft Warteckhof, Basel; <sup>c</sup> Klinik Hirslanden St. Anna, Luzern; <sup>d</sup> Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Universität Basel, Basel

## Description de cas

Une Erythréenne de 18 ans jusqu'ici en bonne santé et vivant en Suisse depuis environ quatre ans se présente avec une rougeur de plus en plus douloureuse et un gonflement au niveau de la paroi thoracique côté gauche présents depuis sept jours.

### Question 1: Quel est le diagnostic le plus probable?

- a) Diphtérie cutanée
- b) Tuberculose cutanée
- c) Abcès cutané bactérien causé par *Staphylococcus aureus*
- d) Leishmaniose cutanée
- e) Myiase cutanée

L'observation fait en premier lieu penser à un abcès cutané bactérien. Les abcès bactériens sont généralement causés par *Staphylococcus (S). aureus* et sont fréquents chez les personnes revenant d'un voyage dans un pays (sub)tropical et chez les personnes issues de l'immigration [1–3]; environ un tiers des personnes concernées souffrent de plusieurs épisodes [2].

L'origine immigrée doit également faire penser à une cause relevant de la médecine tropicale. Il convient de mentionner ici tout particulièrement la diphtérie cutanée, qui se présente habituellement sous la forme d'ulcérations douloureuses avec pseudomembranes grisâtres. Dans le cadre de l'augmentation des migrations, la Suisse compte de plus en plus de cas chez des personnes provenant de la Corne de l'Afrique [4, 5].

D'autres infections cutanées comme la tuberculose cutanée, la leishmaniose cutanée ou la myiase cutanée sont rares et improbables dans ce cas en raison de la durée d'incubation. Une tularémie ulcéro-glandulaire ou une rickettsiose peuvent aussi entrer en compte. Une tularémie présenterait toutefois un gonflement des ganglions lymphatiques, et le dernier séjour à l'étranger est trop ancien pour une rickettsiose.

### Question 2: Lequel des tests suivants ne contribue pas à la confirmation du diagnostic?

- a) Incision/biopsie avec culture bactériologique
- b) Biopsie avec mise en évidence de l'agent pathogène par PCR pour les leishmanies
- c) Incision et exploration
- d) Incision avec mise en évidence de mycobactéries par mise en culture/PCR
- e) Test Interferon-Gamma Release-Assay (IGRA) (test QuantiFERON®)

Une mise en culture et une analyse bactériologique générale permettent de diagnostiquer les abcès causés par *S. aureus* mais aussi une diphtérie cutanée. Une leishmaniose cutanée se diagnostique par PCR à partir d'une biopsie de la marge lésionnelle. En cas suspicion de myiase cutanée, l'incision avec exploration est recommandée. Si la suspicion se confirme, l'extraction simultanée des larves constitue le traitement de choix. Une tuberculose cutanée est diagnostiquée par mise en culture et PCR pour les mycobactéries. Le test QuantiFERON® n'a pas de pertinence dans le diagnostic d'une tuberculose active.

La patiente est dans un bon état général, n'a pas de fièvre et sa circulation est stable. Au niveau de la ligne axillaire antérieure et à hauteur de la septième côte se trouve un gonflement fluctuant d'environ 2 x 3 cm avec décoloration centrale livide et halo rouge d'environ 2 cm de diamètre (fig. 1). Les ganglions lymphatiques sont sans particularité. Les paramètres inflammatoires sanguins sont légèrement élevés.

### Question 3: Quel traitement n'est pas correct pour un abcès de cette taille et localisation?

- a) Antibiothérapie systémique par clindamycine
- b) Antibiothérapie systémique par ciprofloxacine
- c) Incision de l'abcès sans antibiothérapie systémique
- d) Incision de l'abcès avec antibiothérapie systémique
- e) Application de chaleur



**Figure 1:** Formation d'un abcès avec fluctuation centrale palpable et rougeur marginale au niveau de la paroi thoracique gauche. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.



Sonja K. Trüstedt

Les antibiotiques systémiques doivent être utilisés pour les abcès cutanés étendus ou en présence concomitante de cellulite, de fièvre ou de facteurs de risque de complications liées à la dissémination bactérienne, tels que les valves cardiaques artificielles ou la valvulopathie cardiaque; ils doivent en outre couvrir en premier lieu *S. aureus* [6]. En Suisse alémanique, c'est souvent l'amoxicilline/acide clavulanique qui sont utilisés en raison du faible taux de résistance à la méticilline. Il est possible d'utiliser de la clindamycine ou du cotrimoxazole en cas de bactérie résistante à la méticilline *S. aureus* (SARM) ou en cas d'allergie à la pénicilline. La ciprofloxacine en monothérapie en présence de *S. aureus* est obsolète en raison de son effet insuffisant et du risque de développement d'une résistance.

Généralement, une simple incision suffit pour les petits abcès. Si des études [7, 8] ont montré un certain bénéfice des antibiotiques systémiques, celui-ci doit être mis en regard des potentiels inconvénients (cf. discussion).

Dans les cas des abcès peu douloureux sans signes inflammatoires supplémentaires, on peut également s'attendre à une vidange spontanée favorisée par l'application de chaleur.

Une marsupialisation est réalisée chez la patiente. Après incision et prélèvement d'un échantillon, *S. aureus* est mis en culture. Aucune antibiothérapie n'est initiée. Dix jours après l'intervention, le lit de la plaie est recouvert de fibrine; de plus, six autres abcès superficiels de 5 mm maximum sont apparus sur le flanc gauche. Ceux-ci sont débridés. Cinq jours plus tard, la patiente se plaint de douleurs au niveau de la face dorsale subglutéale de sa cuisse gauche, où se trouve un abcès d'environ 1 × 1 cm, qui est également incisé.

#### Question 4: Quel test supplémentaire n'a aucune pertinence thérapeutique?

- a) Dépistage de colonisation par *S. aureus*
- b) Test de résistance microbiologique
- c) Détermination de la leucocidine de Panton et Valentine
- d) Test VIH
- e) Détermination de la valeur de glucose et d'HbA<sub>1c</sub>

Un test de résistance est utile en vue d'une potentielle administration d'antibiotiques et pour rechercher le SARM. Les migrants semblent être plus fréquemment colonisés par des SARM, ce qui a des conséquences pour le traitement et pour l'hygiène hospitalière [9].

Une colonisation par *S. aureus* est un facteur de risque d'abcès cutanés récidivants [10]. Une décolonisation peut réduire ce risque [11]. Dans le contexte ambulatoire et pour des raisons de coût, la mise en évidence de *S. aureus* dans l'abcès permet de renoncer à un dépistage et d'initier directement une décolonisation. En Suisse, environ 5% des bactéries *S. aureus* trouvées dans les

isolats cliniques sont résistantes à la méticilline, soit moins fréquemment que dans les pays voisins (chiffres actuels disponibles sur [www.anresis.ch](http://www.anresis.ch)).

Les infections par le VIH et le diabète sucré sont des facteurs de risque de colonisation par *S. aureus* et d'abcès cutanés récidivants [12].

La leucocidine de Panton et Valentine (LPV) est une exotoxine qui agit comme un facteur de virulence. Elle entraîne une recrudescence des récidives et des évolutions plus sévères [2, 13] mais n'a pas d'influence sur l'approche thérapeutique.

Chez la patiente, une bactérie *S. aureus* positive à la LPV et sensible à la méticilline (SASM), résistante à la pénicilline, à l'amoxicilline et au cotrimoxazole a été mise en évidence. Le dépistage qui a suivi a également donné un résultat positif.

#### Question 5: Quelle déclaration relative à une décolonisation n'est pas correcte?

- a) Elle ne doit être réalisée qu'après la guérison des infections en phase de développement ou des plaies ouvertes.
- b) Elle comprend une pommade nasale à base de mupirocine, un bain de bouche à base de chlorhexidine, et des lavages à base de chlorhexidine.
- c) Il convient de viser un traitement concomitant des partenaires.
- d) Elle connaît le succès dans 50–80% des cas lors du premier cycle thérapeutique.
- e) Elle ne comprend jamais d'antibiotiques systémiques.

Un schéma standard topique éprouvé se compose d'une association de pommade nasale à base de mupirocine et de bains de bouche/lavages du corps à base de chlorhexidine pendant cinq jours (tab. 1). Le taux de succès d'une décolonisation unique se situe entre 50 et 80% en fonction du nombre de zones colonisées [14].

Les plaies ouvertes ont un impact sur le succès de la décolonisation, raison pour laquelle cette dernière ne doit de préférence être réalisée que lors d'un intervalle asymptomatique une fois les plaies guéries. Les foyers de plusieurs personnes constituent un autre facteur de risque d'échec de la décolonisation [11]. Jusqu'à 50% des membres du foyer des personnes infectées par *S. aureus* sont également colonisées [15]. Une antibiothérapie systémique supplémentaire peut exceptionnellement être envisagée en cas d'échec d'une décolonisation topique, en particulier si la personne touchée présente également une colonisation vésicale ou rectale.

Chez la patiente qui se présente, une tentative de décolonisation a été réalisée malgré une plaie thoracique encore ouverte car les nouveaux abcès sont survenus sans intervalle asymptomatique. Deux semaines plus tard, la plaie de la paroi thoracique était en phase de guérison; plus aucun nouvel abcès n'était apparu.

**Tableau 1:** Mesures pour la décolonisation de *Staphylococcus aureus* (exemple d'un schéma d'éradication, adapté d'après Swissnoso 2007 [16]).

| Site de colonisation | Principe actif   | Fréquence de l'utilisation   |
|----------------------|--|--|
| Corps et cheveux     | Savon à base de chlorhexidine 4%   | 1 douche par jour  |
| Nez                  | Pommade nasale à base de mupirocine*   | 2 fois par jour: appliquer une noix de pommade dans chaque narine avec un coton-tige ou le doigt |
| Pharynx              | Chlorhexidine 0,2% en gargarisme ou en spray   | 2 fois par jour: rinçage de la bouche/du pharynx ou pulvérisation                                |
| Ev. zone périanale   | Pommade à base de mupirocine   | 2 fois par jour ou après chaque selle: appliquer une fine couche                                 |
| Ev. zone vaginale    | Povidone iodée ou octénidine sous forme de gélule ou de tampon imbibé d'une solution | 1 application par jour   |

La peau, le nez et le pharynx doivent toujours être décolonisés indépendamment de la zone où la colonisation a été mise en évidence. La décolonisation de l'anus et du vagin n'a lieu qu'en cas de mise en évidence de SARM dans ces zones.

**Mesures d'accompagnement:**

- Les déodorants, maquillages et lotions corporelles ouverts doivent être jetés et de nouveaux tubes ou doses ne doivent être ouverts qu'après la décolonisation.
- Plonger la brosse à dents trois minutes dans la chlorhexidine après utilisation.
- Mettre des habits propres après chaque douche. Le linge porté et les serviettes utilisées doivent être lavés à minimum 60 °C ou avec un additif désinfectant et/ou être séchés au sèche-linge.
- Les peignes/brosses, lunettes et appareils auditifs peuvent être réutilisés après une désinfection quotidienne avec de l'alcool, un désinfectant pour les mains ou une solution alcoolique de l'opticien.
- Le logement doit être aspiré régulièrement, y compris les canapés et tapis, afin de réduire le nombre de peaux mortes.

\* L'octénidine est un produit alternatif potentiel en cas de résistances.

Ev.: éventuellement; SARM: *Staphylococcus aureus* résistant à la mécilline.

**Discussion**

En cas d'abcès cutanés non compliqués sans signe de cellulite ou infection systémique, l'incision seule doit rester le traitement de choix [6]. Ce paradigme a été remis en question par deux études qui ont montré qu'une antibiothérapie systémique simultanée pouvait réduire le risque de récurrence [7, 8]. Toutefois, le bénéfice était relativement faible («nombre de sujets à

traiter»; [8]) et accompagné de plus d'effets indésirables. Par conséquent, et en raison du développement mondial croissant de résistances aux antibiotiques, le recours aux antibiotiques systémiques doit rester une exception en cas d'abcès non compliqué.

Une colonisation par *S. aureus* est un facteur de risque d'abcès cutanés récidivants [10]. Il est considéré qu'environ 20–80% de la population connaît une colonisation nasale permanente ou intermittente [12]. Le dépistage doit, en plus du nez, toujours inclure le pharynx et la région inguinale; le dépistage uniquement nasal manque 48% des colonisations [15]. Le plus souvent, la colonisation est d'abord nasale puis pharyngée, inguinale et axillaire. Le dépistage étendu comprend un frottis vaginal et rectal ainsi qu'une bactériologie urinaire. Etant donné que la présence de *S. aureus* dans l'urine peut être un signe d'endocardite, cette dernière doit être exclue en cas de culture urinaire positive.

La décolonisation est une mesure possible pour lutter contre les abcès cutanés récidivants liés à *S. aureus* («level of evidence IV») [11]. On trouve dans la littérature différentes recommandations relatives à la décolonisation de *S. aureus*, les données provenant avant tout de personnes touchées par SARM. Les décolonisations doivent parfois être répétées et le respect des mesures d'accompagnement (tab. 1) est décisif pour la réussite du traitement. Un contrôle thérapeutique sous forme de nouveau dépistage n'est pas indiqué chez les personnes asymptomatiques. Les patients colonisés par SARM et devant être hospitalisés sont une exception.

**Informed consent**

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

**Remerciements**

Nous remercions la Dre Veronika Bättig de l'hôpital universitaire de Bâle, les collègues de chirurgie de l'hôpital cantonal d'Aarau (également pour la documentation photo) et de l'hôpital de Rheinfelden, ainsi que le Dr Andreas Neumayr, de l'Institut tropical et de santé publique suisse.

**Disclosure statement**

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

**Références**

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.08869>.

Correspondance:  
 Sonja K. Trüstedt  
 Sanacare Gruppenpraxis  
 Aarau  
 Kasinostrasse 30  
 CH-5000 Aarau  
 sonja.truedt[at]  
 sanacare.ch

**Réponses:**

Question 1: c. Question 2: e. Question 3: b. Question 4: c. Question 5: e.