

RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DE LA CELLULITE NON COMPLIQUÉE

*Comité de gestion des antimicrobiens
CISSS de Chaudière-Appalaches*

Québec 

Auteur :

Jeannot Dumaresq, microbiologiste-infectiologue

Avec la collaboration de :

Sarah Masson-Roy, microbiologiste-infectiologue

Version 22 juin 2023

Les recommandations suivantes s'appliquent au traitement des cellulites non compliquées. **Une cellulite est considérée compliquée dès que l'un des éléments suivants est présent :**

bactériémie associée, atteinte orbitaire ou périorbitaire; suspicion de fasciite nécrosante, d'arthrite septique, d'ostéite, de ténosynovite ou d'infection de matériel prothétique; critères de sepsis; infection odontogène; immunosuppression sévère ou neutropénie sévère; présence de mal perforant plantaire; infection faisant suite à un trauma majeur impliquant les tissus mous; cellulite dans le contexte d'ischémique critique; cellulite faisant suite à une morsure (voir recommandations dans la section correspondante); infection survenant suite à une blessure/exposition d'une plaie en eau douce ou salée non traitée.

- **Agents étiologiques principaux** : Les streptocoques bêta-hémolytiques (groupes A, B, C et G) sont les principaux agents étiologiques des cellulites/érysipèles non purulentes, alors que les cellulites associées à des pustules, furoncles, abcès ou plaies infectées sont souvent causées par le *Staphylococcus aureus*.
- **Quand faire une culture** : Il est recommandé d'effectuer une culture lorsque la cellulite est à départ d'une plaie, ou lorsque du pus est présent (ex. pustule, furoncle, abcès).
- **Évaluation de l'allergie** : La majorité des personnes qui se déclarent allergiques à la pénicilline peuvent recevoir sans danger une céphalosporine (voir tableau ci-dessous). L'utilisation de traitements alternatifs comme la clindamycine est associée à plus d'échecs thérapeutiques (notamment car il y a davantage de résistance) et à plus d'effets secondaires (notamment les infections à *C. difficile*).
- **Durée de traitement et évolution attendue** :
 - Une durée de traitement de 5 jours pour la cellulite est suffisante s'il y a eu amélioration clinique (mais pas nécessairement résolution complète des signes inflammatoires).
 - Il est suggéré de prescrire d'emblée 5 jours de traitement en avisant le patient de consulter à nouveau s'il n'y a aucune amélioration en l'espace de 3 jours. En effet, la cellulite peut prendre jusqu'à 3 jours (72 heures) avant de s'améliorer, et il y a parfois même une détérioration transitoire des signes inflammatoires cutanés dans les premières 24 à 48 heures malgré un traitement adéquat, probablement en raison de la lyse bactérienne survenant rapidement après le début du traitement. L'augmentation de la rougeur ne représente donc pas un échec thérapeutique s'il y a amélioration des autres symptômes, comme une diminution de la douleur, une disparition des frissons le cas échéant, et une amélioration de l'état général.
 - Une durée de traitement totale de 10 jours est à envisager en cas d'infection sévère, d'amélioration clinique très lente, d'immunosuppression sévère ou d'obésité très importante.
 - Pour plusieurs cellulites, il faut s'attendre à une dermite inflammatoire résiduelle prenant parfois quelques semaines à disparaître, particulièrement chez les personnes avec insuffisance veineuse préexistante. Il est donc très important d'en informer les patients puisqu'il s'agit d'une raison fréquente pour laquelle les patients consultent à nouveau. Une cellulite bactérienne ne stagne généralement pas; elle progresse assez rapidement lorsqu'elle n'est pas traitée ou lorsqu'elle n'a pas été traitée adéquatement.
 - En cas de cellulite plus sévère ou plus extensive avec atteinte systémique importante, le suivi du décompte des leucocytes et de la protéine C réactive peut aider à évaluer la réponse au traitement.
- **Mesures thérapeutiques adjuvantes** : La surélévation du membre atteint et les bas de compression lorsque tolérés (ou les bandages compressifs comme par exemple Tubigrip®) sont des mesures thérapeutiques adjuvantes très importantes, et au besoin l'utilisation d'anti-inflammatoires (en l'absence de contre-indication) peut aider à contrôler la douleur. Tant que l'inflammation n'est pas complètement résolue il est normal que les signes inflammatoires comme l'œdème et la rougeur fluctuent au cours de la journée et soient pires en fin de journée.
- **Mesures préventives efficaces pour prévenir les récidives de cellulite** :
 - Rechercher et traiter le *tinea pedis* (pied d'athlète) aux 2 pieds, et enseigner aux patients l'auto-traitement et les mesures préventives du *tinea pedis*;
 - Soigner les plaies, et enseigner aux patients la prise en charge des plaies/blessures cutanées mineures (nettoyage avec eau et savon, crème ou onguent antibiotique, pansement);
 - Soigner adéquatement les dermatoses cutanées (ex. eczéma, psoriasis);
 - Traiter l'insuffisance veineuse et le lymphœdème, en prescrivant des bas compressifs (que les usagers devraient idéalement se procurer dans des boutiques spécialisées), ou en alternative un produit naturel contenant 50 mg d'escine

BID peut être utilisé si les bas compressifs sont contre-indiqués (ex. maladie vasculaire périphérique sévère), s'ils ne sont pas tolérés ou lors des périodes pendant lesquelles ils sont utilisés moins assidument (ex. l'été). Avant de prescrire l'escine il faut toutefois vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse avec un.e pharmacien.enne (ex. certains anticoagulants ou antiplaquettaires);

- Contrôle optimal du diabète.

Traitement empirique de la cellulite et autres infections cutanées non compliquées chez l'adulte

Il n'existe aucune donnée probante démontrant la supériorité d'un traitement IV par rapport au traitement PO pour le traitement d'une cellulite non compliquée. La majorité des cellulites non compliquées devraient être traitées PO.

Un traitement IV initial est recommandé lorsque la situation clinique correspond à l'une de celles-ci :

- présence d'au moins 2 symptômes systémiques (frissons solennels, anorexie nouvelle, fièvre, nausées, vomissements, leucocytose supérieure ou égale à $12 \times 10^9/L$ [lorsque FSC disponible]);
- présence de lymphangite;
- cellulite qui s'étend sur plus d'une section d'un membre (par exemple : jambe et cuisse)
- malabsorption sévère suspectée;
- échec au traitement PO, mais il s'agit d'une situation rare (voir explications ci-haut sur l'évolution attendue d'une cellulite non compliquée sous traitement)

N.B : Le simple fait d'avoir un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ne justifie pas un traitement IV, mais nous suggérons de choisir la dose orale maximale lorsqu'applicable dans le tableau.

Voir tableau à la page suivante pour les choix de traitement.

Traitements empiriques de la cellulite et autres infections cutanées non compliquées chez l'adulte^{a, b}

| TRAITEMENT ORAL / RELAIS ORAL | TRAITEMENT PARENTÉRAL |
|---|---|
| <p>1^{ers} choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> Céfadroxil (Duricef^{MD})* 1000 mg PO BID 5 jours Céphalexine (Keflex^{MD}) 500-1000 mg ^c PO QID 5 jours <p>Alternatives si antécédent d'allergie à la pénicilline :</p> <ul style="list-style-type: none"> Allergie non confirmée et non anaphylactique (ex. exanthème maculo-papuleux ou urticaire isolé) et absence de réaction cutanée sévère (DRESS, SJS/TEN, AGEP) : <ul style="list-style-type: none"> → voir 1^{ers} choix ci-dessus Histoire d'anaphylaxie (sans choc) à la pénicilline, ou allergie non grave aux 1^{ers} choix ci-dessus : <ul style="list-style-type: none"> → Céfuroxime (Ceftin^{MD}) 500 mg PO BID 5 jours Histoire de choc anaphylactique ou de réaction retardée sévère à la pénicilline ou autre bêta-lactamine (anémie hémolytique, atteinte rénale, atteinte hépatique, DRESS, SJS/TEN, AGEP) : <ul style="list-style-type: none"> → Clindamycine 300-600 mg ^{d, g} PO QID 5 jours | <p>1^{er} choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> Céfazoline 2 g IV q 8h ^c <p>Alternatives si antécédent d'allergie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Allergie à la pénicilline, incluant anaphylaxie (sans choc), mais absence de réaction cutanée sévère (DRESS, SJS/TEN, AGEP) : <ul style="list-style-type: none"> → voir 1^{er} choix ci-dessus (céfazoline) Allergie non grave à la céfazoline : <ul style="list-style-type: none"> → Ceftriaxone 2 g IV q 24h ^{e, f} → Céfuroxime 750 mg IV q 8h ^e Histoire de choc anaphylactique ou de réaction retardée sévère à la pénicilline ou autre bêta-lactamine (anémie hémolytique, atteinte rénale, atteinte hépatique, DRESS, SJS/TEN, AGEP) : <ul style="list-style-type: none"> → Clindamycine 900 mg IV q 8h ^g → Vancomycine IV (voir guide d'utilisation spécifique) <p>Options pour traitement ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Céfazoline 2 g IV q 8h (auto-administration de seringues q 8h ou pompe avec changement de sac q 24h) Probénécide 2 g PO puis céfazoline 2g IV 30-60 min plus tard, à répéter q 24h (seulement si ClCr supérieure ou égale à 40 ml/min) Si auto-administration de seringues et même la pompe ne sont pas des options (ex. démence, surdité sévère) : <ul style="list-style-type: none"> → Ceftriaxone 2g IV q 24h ^f Si antécédent d'allergie, voir ci-dessus <p>Relais oral à faire dès que les symptômes systémiques sont résolus et que la cellulite ne progresse plus. Une durée totale de traitement de 5 à 10 jours maximum (incluant le relais oral) est recommandée.</p> |

ATIVAD, antibiothérapie intraveineuse à domicile; ClCr, clairance de la créatinine; DRESS, syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques; SJS, syndrome de Stevens-Johnson; TEN, nécrolyse épidermique toxique; AGEP, pustulose exanthématique aiguë généralisée

* Non disponible en milieux hospitaliers au CISSSCA

- Ajuster les posologies selon la fonction rénale.
- Une durée totale de traitement de 5 jours (incluant le relais oral) est généralement suffisante s'il y a eu amélioration clinique (mais pas nécessairement résolution clinique).
- En cas d'obésité importante ou d'infection plus sévère, la dose de 1000 mg QID de céphalexine ou la dose de 3 g IV q 8h de céfazoline est à envisager.
- Une dose de 450 à 600 mg PO QID de clindamycine est à envisager en cas d'obésité importante ou d'infection plus sévère, mais ces doses augmentent souvent les effets secondaires digestifs.
- Une réaction allergique croisée est possible entre ceftriaxone et céfuroxime.
- La simplicité n'est pas une bonne raison à elle seule pour prescrire la ceftriaxone, car son spectre est plus large et elle comporte plus de risque d'engendrer des infections à *C. difficile*. Elle doit être réservée pour les situations où la céfazoline ne peut vraiment pas être utilisée, soit pour des raisons d'allergie (rare) ou d'incapacité confirmée à utiliser la céfazoline en auto-administration ou en pompe.
- La clindamycine est fortement associée au développement d'infections à *C. difficile*.

Morsures félines, canines ou humaines

La cloxacilline, les céphalosporines de 1^{ère} génération (céphalexine, céfadroxil, céfazoline) et la clindamycine ne sont pas recommandées pour la prophylaxie ou le traitement d'une infection cutanée post morsure féline, canine ou humaine. Le premier choix est la combinaison amoxicilline-clavulanate (Clavulin^{MD}) 875 mg PO BID (3 à 5 jours pour la prophylaxie et 7 à 10 jours pour le traitement), avec comme principale alternative la combinaison de [doxycycline 100 mg PO BID et métronidazole 500 mg PO BID].

Pour les infections modérées nécessitant un traitement initial parentéral, la ceftriaxone est recommandée (l'ajout de métronidazole 500 mg PO BID est optionnelle dans la majorité des cas). Pour les infections plus sévères, la combinaison pipéracilline-tazobactam ou le méthropénem sont recommandés.