

Enquête sur la prise en charge de l'impétigo chez l'enfant par les médecins généralistes

L. BEIJOU, M. BOUSKRAOUI*

*Service de Pédiatrie A. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

يعد الحصف الجلدي من بين الأمراض الشائعة لدى الطفل، كما يعد جزءاً من الحياة اليومية للأطفال العامين. رغم أنه يعد من بين التعقيدات السهلة التشخيص، بالإضافة إلى أن مضاعفاته تنقص يوماً بعد يوم، إلا أن العلاج مازال يخضع لعدة دراسات قصد التوصل إلى إقتراحات وتوصيات تهدف إلى عقلنة وصفات المضادات الحيوية عن طريق الفم والحث على اللجوء إلى المضادات الحيوية المحلية. إن هاذ يمكن من تخفيض ظهور المقاومات البكتيرية. بهدف دراسة الطابع الوبائي، السريري و البكتيري للحصف الجلدي، بالإضافة إلى الإختيارات العلاجية للأطفال العامين، قمنا بدراسة وصفية مستعرضة شملت 126 طبيباً عامياً يشتغلون بكلا القطاعين العام والخاص، وبكلا المجالين الحضري والقروي وذلك خلال سنة 2009. لقد تم جمع المعطيات من خلال استبيان. وزع على الأطباء. بلغت نسبة المشاركة 91,1%: يعتبر الأطفال في سن التمدرس هم الأكثر عرضة بالنسبة ل 48% من الأطباء. 68,4% يعتبرون أن معظم الحالات تحدث في فصل الصيف، أطفال العالم القروي كانوا أكثر عرضة في نظر 63,4% من الأطباء، كما أعتبر المستوى الاجتماعي والإقتصادي من العوامل المسؤولة بالنسبة ل 60,3% من الأطباء. كانت الحالة القشرية هي السائدة بالنسبة ل 79,4%، كما إعتبر 56,8% من الأطباء أن العقوديات هي الأكثر شيوعاً من بين البكتيريات المسؤولة عن هذا المرض. الإستعمال الدائم لمضادات الحيوية عن طريق الفم كان هو القاعدة لدى 65,6% من الأطباء. الإختيار الأولي الجزئي كان الأموكسيسيلين بنسبة 55,5%. المضادات الحيوية المحلية لم تكن تستعمل إلا من طرف 34,1% من الأطباء خاصة منها الفيسيديين 2%. يجدر الذكر إلى أنه كلما يتم التوصية على الاستبعاد عن المدرسة وقواعد النظافة. يتضح من هذا العمل أن هناك ضعف فيما يخص المعلومات لدى الأطباء العامين المشاركين خاصة فيما يخص المعطيات البكتيرية ومستوى المقاومة الحالي، و بالمثل بالنسبة للتوصيات العلاجية. ومنه يتضح أنه لا بد من بذل جهود أكثر في مجال التكوين المستمر.

الكلمات الأساسية الحصف الجلدي -الطب العام - التكفل.

Résumé L'impétigo est une infection fréquente chez l'enfant, il occupe une place de choix dans les consultations des médecins généralistes. Le diagnostic de l'impétigo est cliniquement facile et les complications sont de plus en plus moindres. Dans le but de rationaliser l'antibiothérapie orale et inciter à avoir recours à l'antibiothérapie locale et pour diminuer l'émergence des souches bactériennes résistantes, des recommandations et des propositions ont été établies. Pour étudier les caractères épidémiologiques, cliniques et bactériologiques de l'impétigo, tirés à travers l'expérience clinique des médecins généralistes, ainsi que leurs habitudes et leurs préférences thérapeutiques, nous avons réalisé une enquête descriptive et transversale portant sur un collectif de 126 médecins généralistes, exerçants dans les deux secteurs de soins: Public et privé et dans les deux milieux: urbain et rural au cours de l'année 2009. Les données étaient collectées à travers un questionnaire. Le taux de participation était de 96,1%. Les enfants d'âge scolaire étaient les plus touchés pour 48% des médecins, le caractère estival de l'atteinte pour 63,4%. La survenue de l'impétigo chez les enfants de milieu rural pour 63,4% et de bas niveau socio-économique pour 60,3%. La forme croûteuse dominante pour 79,4%. L'origine staphylococcique dominant pour 56,8%. Le traitement était basé sur l'antibiothérapie orale et systématique pour 65,5% des médecins, dominé par l'amoxicilline pour 55,5%. Par ailleurs l'antibiothérapie locale n'était pas une habitude thérapeutique pour les médecins interrogés, elle n'était recommandée que par 34,1% qui prescrivait surtout l'acide fucidique. Les antiseptiques cutanés étaient utilisés par 61,1% des médecins. L'éviction scolaire n'a été recommandée que par la moitié des médecins (54,7%) et 71,4% des médecins recommandaient les règles d'hygiène. Il ressort de notre travail que les médecins généralistes interrogés sont à l'écart vis-à-vis des dernières données bactériologiques et de leur niveau de résistance actuelle. De même les recommandations et les propositions thérapeutiques sont faiblement appliquées par nos médecins. Il paraît nécessaire de poursuivre les efforts dans le domaine de formation médicale continue.

Mots-clés impétigo -médecine générale-prise en charge.

Abstract Impetigo is a fairly common infection of children. It is a part of everyday life for general practitioners, occupying a prominent place in their consultation. Although it is an infection whose clinical diagnosis is easy, and that complications are being increasingly reduced. But the treatment of impetigo is the subject of proposals and recommendations for treatment, to streamline the oral antibiotic and to encourage the recourse to the local antibiotic whose. This reduces the emergence of mutant resistant strains of bacteria including. In order to study the epidemiological, clinical and bacteriological characteristics of impetigo, learned through clinical experience of General Physicians and their habits and therapeutic preferences; We conducted a descriptive cross-sectional study on a group of 126 General Physicians, working in both sectors of care: Public and private, and in both environments: urban and rural areas during the year 2009. data were collected through a questionnaire. The participation rate was 96.1%. The school-age children are most affected for 48% of physicians, the summer nature of the affect for 63.4%, the occurrence of impetigo among children in rural areas for 63.4% and low socioeconomic level for 60.3%. The crusted form is dominant for 79.4%. The staphylococcal origin is dominant for 56.8% of physicians. The treatment based on oral antibiotics is systematic for 65.5% of doctors dominated by amoxicillin as molecule of choice for 55.5%. Local antibiotic therapy was not a usual major therapeutic in impetigo; it was recommended just for 34.1% of physicians whose prescribing fucidic acid. The school eviction and hygiene were low recommended. It is clear from our work that General Physicians asked are away vis-à-vis the latest Bacteriological data and current resistance level. Similarly, recommendations and therapeutic proposals are poorly enforced by our doctors. It seems necessary to continue efforts in the field of continuing medical education

Key words: impetigo-general medicine-management.

Introduction

L'impétigo est une infection cutanée bactérienne superficielle non folliculaire, très contagieuse et non immunisante. Il est particulièrement fréquent chez l'enfant et il fait part du quotidien du médecin généraliste. Actuellement, le traitement de l'impétigo est basé sur des recommandations visant à rationaliser l'antibiothérapie orale et à voir recours à une antibiothérapie locale surtout en matière du traitement d'un impétigo localisé. Ceci permet de diminuer le niveau de la résistance bactérienne. Le but de notre travail était d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge de l'impétigo.

Malades et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale portant sur l'ensemble des médecins généralistes de la région de Safi. Les données ont été collectées à travers un questionnaire et distribué aux médecins publics et privés. Ce questionnaire rempli de façon anonyme, a comporté 26 questions principalement à choix multiples, évaluant les habitudes diagnostiques et thérapeutiques des praticiens en cas d'impétigo. L'enquête sur le terrain s'est déroulée sur une période de 7 mois de Février à Août 2009. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel d'Epi Info version 6.

Résultats et analyses

Sur la totalité de 131 médecins, 5 médecins ont refusé de répondre au questionnaire pour des motifs divers. Ce qui a ramené le taux de participation à 96,1%. La population de l'étude a été ainsi constituée de 126 généralistes dont 72 médecins de libre pratique et 54 médecins du secteur public. Le sex-ratio était de 1,27 en faveur des hommes. L'âge des médecins généralistes variait de 29 à 59 ans avec une moyenne de 41,28. Selon l'expérience clinique des médecins interrogés: Les enfants d'âge scolaire étaient les plus touchés pour 48% des médecins, ils étaient surtout issu de milieu rural pour 63,4% et de bas niveau socio-économique pour 60,3%. La forme croûteuse était la forme la plus rencontrée pour 79,4% des médecins et pour 56,8% des médecins; le germe le plus responsable de l'impétigo était surtout le staphylocoque doré. Par ailleurs, pour 43,8% des médecins interrogés l'origine streptococcique domine.

Sur le plan thérapeutique, La majorité des médecins (65,5%) optaient pour une antibiothérapie orale et systématique dominée surtout par l'amoxicilline comme molécule de choix pour 55,5% des médecins. Dans l'impétigo localisé, l'antibiothérapie locale n'était pas une habitude thérapeutique, elle n'était recommandée que par 34,1% des médecins qui prescrivaient surtout l'acide fucidique. Les antiseptiques cutanés étaient de prescription

majorée par les médecins interrogés; 61,1% des médecins les prescrivaient les antiseptiques cutanées comme traitement complémentaire aux antibiotiques. L'éviction scolaire étaient recommandaient par 54,7% et les règles d'hygiène corporelle étaient conseillées par 71,4% des médecins.

Discussion

L'impétigo est une infection cutanée bactérienne, superficielle (sous la couche cornée de l'épiderme) et non folliculaire, réalisant une dermatose vésiculo-bulleuse ou ulcéro-croûteuse, très contagieuse et non immunisante [1]. Il est particulièrement fréquent chez l'enfant. Il représente en Afrique la deuxième infection cutanée de l'enfant [2] et la troisième dermatose infantile dans les pays développés [3]. En Hollande, l'incidence de l'impétigo auprès des médecins généralistes a été estimée à 20,5 pour 1000 personnes-année en 2001 [4]. Selon la pratique quotidienne de médecins généralistes interrogés; le nombre de cas d'impétigo diagnostiqué par mois variait entre 1 à 5 cas/mois. Ce nombre dépassait 16 cas/mois pour 9,6% des médecins exerçant tous en milieu rural. L'impétigo est volontiers fréquent chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire, ceci est expliqué par le fait qu'à cet âge les enfants se trouvent à des endroits surpeuplés ce qui favorise la contamination et la propagation de cette infection cutanée [5]. Selon les résultats de notre enquête et pour la majorité des médecins interrogés (48%); les enfants âgés entre 5 et 10 ans présentaient plus d'impétigo. Plusieurs études ont objectivé une variation saisonnière de l'impétigo, avec un pic de fréquence pendant les mois les plus chauds et les plus humides de l'année [6,7]. Notre enquête montrait que la majorité des médecins généralistes (63,4%) voyaient dans leur consultation plus de cas d'impétigo pendant l'été. La promiscuité, les mauvaises conditions d'hygiène, le non accès aux soins et le bas niveau socio-économique, tous ces facteurs favorisent l'apparition et la propagation de l'impétigo surtout en milieu rural. En Hollande l'incidence de l'impétigo en milieu rural était significativement élevée [4]. Au Burkina Faso, la majorité des enfants atteints d'impétigo, provenaient de la zone périurbaine d'Ouagadougou où règnent l'insalubrité et la promiscuité [7]. D'après l'expérience clinique des médecins interrogés, les enfants de bas niveau socio-économique et issus de milieu rural présentaient plus des cas d'impétigo. Cliniquement l'impétigo se présente sous deux formes: croûteuse ou bulleuse. La forme croûteuse est la forme typique chez l'enfant d'âge scolaire alors la forme bulleuse se voit principalement chez les nouveaux nés et les nourrissons [8]. Pour 79,4% des médecins soumis à notre enquête, la forme bulleuse était

la forme la plus fréquemment retrouvée chez la plus part des enfants consultants. Sur le plan bactériologique, longtemps l'impétigo a été considéré comme une infection streptococcique. Ce n'est que ces trente dernières années que l'origine staphylococcique s'est individualisée, devenant même prédominante [9,10]. Par ailleurs, 43,2% des médecins généralistes considéraient que le streptocoque continuait à être le germe le plus responsable de l'impétigo. Le traitement de l'impétigo fait appel aux antibiotiques oraux ou locaux selon les indications, associés obligatoirement à une recommandation des règles d'hygiène corporelle et une éviction scolaire. L'AFSSAPS et le Guide Belge des traitements anti infectieux en pratique ambulatoire recommandent une antibiothérapie exclusivement locale dans l'impétigo dans sa forme peu sévère, qui est définie comme étant un impétigo croûteux, comportant à la fois une surface cutanée atteinte < 2% de la surface corporelle totale, au plus de 5 sites lésionnels actifs, une absence d'extension rapide. Les deux antibiotiques recommandés sont l'acide fucidique 2% et la mupirocine 2% à raison de 3 applications par jour et pendant 5 à 10 jours [11,12]. Récemment la rétapamuline 1% a eu l'AMM, venant compléter l'arsenal thérapeutique de l'impétigo localisé. Il est recommandé dès l'âge de 6 mois à raison de deux applications par jour et pendant 5 jours [13]. Pour les médecins soumis à notre enquête, l'antibiothérapie locale n'était pas une habitude thérapeutique, elle n'était prescrite que par 31,1% des médecins qui prescrivaient surtout l'acide fucidique pendant 10 jours. L'antibiothérapie orale est indiquée dans les formes suivantes: impétigo diffus ou sévère, échec du traitement local ou impétigo à tendance extensive, impétigo avec une fièvre ou une lymphadénopathie, infection pharyngée concomitante, facteurs aggravants (immunodéficience en particulier), patient ou entourage non compliant pour la réalisation des soins locaux, difficulté pratique à effectuer les soins en raison de l'extension des lésions et de l'atteinte de plusieurs membres de la famille, zones délicates à traiter chez l'enfant : lèvres (problème de succion), siège en cas de port de couches (traitement rincé par les urines), sites peu accessibles comme les narines ou le cuir chevelu, allergie de contact aux antibiotiques locaux [11]. Le IV Congrès franco-maghrébin de dermatologie pédiatrique [13] et dans le cadre du bon usage des antibiotiques en dermatologie pédiatrique, propose la pénicilline M ou l'amoxicilline, acide clavulanique, les C1G et C2G et la pristinamycine comme traitement de 1^{ère} intention de l'impétigo. Les macrolides ou l'acide fucidique sont surtout recommandés en 2^{ème} intention. De même, Le Guide Belge des Traitements anti-infectieux en Pratique ambulatoire [12] propose en 1^{ère} intention la flucloxacilline à la posologie de 50-100 mg/kg/j

en 3 à 4 prises pendant 7j. En cas d'allergie de type I à la pénicilline, les macrolides constituent un bon alternatif thérapeutique surtout, la clarithromycine à raison de 15mg/kg/j en 2 prises pendant 7j et l'azithromycine à raison de 10mg/kg/J le 1^{er} jour, puis 5mg/kg/j pendant 4J. Pour la majorité des médecins généralistes (65,5%), l'antibiothérapie orale était systématique et elle était surtout dominée par l'amoxicilline comme molécule de choix pour 55,5% des médecins, ceci malgré la grande résistance enregistrée devant l'amoxicilline. Afin de diminuer considérablement le risque de l'auto ou de l'hétéro contagiosité, Il est conseillé d'effectuer une ou plusieurs toilettes corporelles avec un lavage fréquent des mains. De même, les ongles de l'enfant doivent être brossés et coupés, il est conseillé également de porter des vêtements et sous vêtements personnels, amples et en coton [1]. Selon les résultats de notre enquête, la majorité des médecins 71,4% renseignaient ces règles d'hygiène aux enfants atteints. Cette attitude était surtout adoptée par les médecins exerçant en milieu urbain. Par ailleurs, les médecins généralistes du milieu rural enseignaient moins souvent ces règles aux enfants atteints. Pour prévenir la survenue d'une épidémie au sein des collectivités d'enfants, l'impétigo est classé parmi les maladies transmissibles devant lesquelles une éviction scolaire est justifiée [1]. Dans notre enquête, la moitié des médecins interrogés (54,7%), conseillaient une éviction scolaire aux enfants atteints. L'efficacité des antiseptiques locaux n'était pas démontrée et l'association d'un antiseptique à un antibiotique local ou oral n'apporte aucun bénéfice [14]. Du fait de leur forme moussante, ils peuvent être utilisés surtout pour l'ablation des croûtes. Par ailleurs une grande majorité des médecins interrogés (61,1%) prescrivaient les antiseptiques cutanés comme traitement complémentaire aux antibiotiques oraux ou locaux.

Conclusion

Il en ressort de ce travail que les constatations de nos médecins interrogés concernant les données cliniques et épidémiologiques de l'impétigo concordent avec les données de la littérature. Par ailleurs et sur le plan bactériologique, 43,2% des médecins concéderaient que l'impétigo était surtout d'origine streptococcique que staphylococcique. De même, les propositions et les indications thérapeutiques dans le traitement de l'impétigo sont faiblement appliquées par la majorité des médecins interrogés.

Références

- 1-Mazereeuw-Hautier J. Impétigo. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 133 :194-207.
- 2- Traore A, Koueta F, Ye D et al. Les dermatoses infectieuses de l'enfant dans un service de

- dermatologie en milieu tropical (Burkina Faso). *Nouv Dermatol* 1999; 18: 218-284.
- 3-Col C, Gazewood J. Daignosis and treatment of impetigo. *Am Fam Physician* 2007; 75: 859-64.
- 4- Koning S, Mohammadamin RSA, Wouden JC et al. Impetigo: incidence and treatment in Dutch general practice in 1987 and 2001-results from two national surveys. *Br J Dermatol* 2006;154: 239-243.
- 5- Cambazard F. Infections cutanées bactériennes: impétigo. *Rev Prat* 1996; 46: 257-260.
- 6- Loffeld A, Davies P, Lewist A et al. Seasonal occurrence of impetigo: a retrospective 8-years review (1966-2003). *Clin Experimental Dermatol* 2005; 30: 512-514.
- 7-Ye D, Traoré A, Ouedraogo R et al. Impétigo de l'enfant en milieu tropical. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 58.
- 8-Tomson N, Sterling JC. Infections and infestations of the skin in children. *Pediatr Chil Health* 2007; 400-406.
- 9-Dajani AS, Ferrieri P, Wannamaker LW et al. Natural history of impetigo. II. Etiological agents and bacterial interactions. *J Clin Invest* 1972; 51: 2836-71.
- 10- Maleville J, Capbern M, Boineau D et al. La flore microbienne cutanée chez 206 enfants atteints de fessière et de pyodermites. *Ann Dermatol Venereol* 1977; 104: 701-5.
- 11-Agence Française de Sécurité des Produits de Santé (2004). Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires. Argumentaire et recommandations. <http://www.afssaps.fr/Afssapsmedi/> consulté le 12/07/2009.
- 12- Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire édition 2008. <https://portal.health.fgov.be/> visité le 25/12/2009.
- 13- Léauté-Labrèze C, Hubiche T et Taïeb A. Du bon usage des antibiotiques en dermatologie Pédiatrique. IVème Congrès Franco-Maghrébin de Dermatologie Pédiatrique, Arts & Culture. Alger les 5 et 6 mars 2008. <http://www.sadp-dz.com/files/>. Visité le 26/12/2009.
- 14- Lacour JP. Antisepsie cutanée particularités chez l'enfant. *J Pédiatr Puériculture* 1999; 12: 462-73.