

Importance en Santé Publique

L'impétigo est une infection cutanée bactérienne superficielle, épidermique, non immunisante due au streptocoque du groupe A et/ou au staphylocoque doré. Il survient le plus souvent chez les jeunes enfants et les nourrissons. Il est hautement contagieux, et peut survenir sous forme de petites épidémies familiales ou au sein de collectivités. Chez l'adulte, une porte d'entrée est fréquemment retrouvée. Des formes graves d'impétigo peuvent se présenter principalement chez les personnes avec altération des défenses immunitaires, usagers de drogues par voie intraveineuse, personnes souffrant de maladies de la peau, de brûlures, morsures, piqûres ou autres lésions de peau. La transmission peut se faire à partir d'un sujet atteint ou d'un patient sain (portage asymptomatique). La recherche d'une dermatose sous-jacente doit être systématique aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Il existe une recrudescence saisonnière en été, la chaleur et l'humidité favorisant sa dissémination.

Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

1. Déclaration : L'impétigo **ne doit pas être déclarée** à la Fédération Wallonie Bruxelles
2. Evaluer avec le médecin inspecteur les mesures prises et à prendre pour le patient et son entourage en cas d'épidémies non contrôlées.

Mesures de contrôle prises par la cellule de surveillance des maladies infectieuses

- **Information:**
 - Sur les mesures à prendre en post-exposition
 - Mise à disposition de documentation
- **Situation particulière :**
 - En cas d'épidémie non contrôlable au sein d'une collectivité, enquête épidémiologique et recherche du germe en cause.



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Impétigo



Agent pathogène	
Germe	<i>Staphylococcus aureus (S.aureus)</i> et <i>Streptococcus pyogenes (S.pyogenes)</i>
Réservoir	Strictement humain
Résistance Physico-chimique	N/A.
Clinique	
Transmission	Par voie cutanée directe en provenance d'un malade ou d'un porteur sain
Incubation	De 1 à 3 jours pour <i>S. pyogenes</i> et de 4 à 10 jours pour <i>S. aureus</i>
Période de contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> - Non traité : l'exsudat vésiculaire peut rester infectieux pendant des semaines, voire des mois. - Traitement antibiotique approprié : plupart des cas ne sont plus contagieux après 24 heures
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition de vésicules évoluant vers des pustules qui forment des croûtes d'aspect mielleux - Enfants : souvent lésions multiples à des stades variés - Lésions prédominant autour du nez et de la bouche mais pouvant, cependant, survenir ailleurs
Complications	Généralement bénin. Toutefois, une infection invasive demeure possible
Diagnostic	
Diagnostic biologique	Clinique. Confirmation du diagnostic : Par culture du matériel en provenance des lésions cutanées.
Définition de cas de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)¹	
Critères de diagnostic	Dans les formes bénignes d'impétigo, il n'est pas nécessaire de procéder à une mise en culture des frottis de lésions La recherche du germe ne sera faite que dans des cas plus graves, lorsque l'impétigo devient récidivant, lorsque l'on est confronté à un ecthyma (forme ulcéreuse d'impétigo), en cas d'évolution vers une infection invasive ou en cas d'épidémie communautaire ou hospitalière
Cas possible	N/A
Cas probable	Tout sujet répondant aux critères cliniques
Cas confirmé	Cas confirmé par le laboratoire
Epidémiologie	
Groupe d'âge	Fréquent chez le nourrisson et le petit enfant ; rare chez l'adulte
Incidence	Pas de surveillance de cette expression clinique en Belgique
Immunité	L'infection n'est pas naturellement immunisante
Saisonnalité	N/A
Géographie Sex-ratio	Ubiquitaire, mais survient plus fréquemment dans les régions tropicales

Par cultu

¹ European Centre for Diseases Prevention and Control:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:159:0046:0090:FR:PDF>

Populations à risque	
Groupes à risques de développer la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants - Personnes avec une parasitose ou infestation cutanée (ex : gale ou pédiculose) - Personnes avec eczéma, égratignures, piqûres d'insecte ou autres lésions cutanées
Groupes à risque de développer des formes graves	<p>Impétigo à <i>S. pyogenes</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principalement chez les personnes avec altération des défenses immunitaires: diabète, cancer, pathologies cardiaques, SIDA, usage d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens à haute dose, pathologies pulmonaires chroniques, âge supérieur à 65 ans, abus d'alcool. <p>Impétigo à <i>S. aureus</i> se complique rarement. Infections sévères peuvent s'observer chez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les nouveau-nés ; - Les personnes avec une altération de l'immunité : diabète, fibrose kystique, insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique chronique, agammaglobulinémie, chimiothérapie, traitement par immunosuppresseurs, etc ; - Les usagers de drogues par voie intraveineuse.
Grossesse allaitement	N/A
Prise en charge du patient	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement local par désinfectants et/ou antibiotiques. - Il est préférable de laisser les lésions respirer. - Des antibiotiques administrés par voie générale : parfois nécessaires pour les formes plus sévères.
Mesures d'Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les mesures générales d'hygiène et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission cutanée directe. - Insister sur l'hygiène des mains. - Eviter le contact cutané entre le malade et les personnes de l'entourage à risque. - Eviter le grattage des lésions.
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> - Les enfants souffrant d'impétigo peuvent fréquenter l'école à condition que l'infection soit traitée et que les lésions soient sèches - A défaut de traitement, l'enfant sera évincé jusqu'à guérison clinique. - Le personnel d'encadrement des milieux d'accueil de la petite enfance et le personnel des unités de néonatalogie, des milieux scolaires du niveau maternel souffrant d'impétigo peuvent continuer à travailler à condition que l'infection soit traitée et que les lésions soient sèches.
Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)	
Prophylaxie	N/A
Mesures d'Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les mesures générales d'hygiène et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission cutanée directe. - Eviter le contact cutané entre le malade et les personnes de l'entourage.
Isolement	N/A
Collectivité à risque	<ul style="list-style-type: none"> - L'impétigo peut survenir sous forme de petites épidémies familiales ou au sein de collectivités. - Les personnes ayant présentés des contacts à haut risque avec un malade devraient donc recevoir une information quant à la maladie.
Prévention pré-exposition	
Mesures préventives générales	Appliquer les mesures générales d'hygiène et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission cutanée directe
Vaccination	N/A



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Impétigo



1. Agent pathogène

- Germe :

Les bactéries responsables de l'impétigo sont *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) et *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*), streptocoque de groupe A, avec une prédominance pour le premier.

Les **Staphylocoques** sont des Cocci à Gram positif classiquement disposés en amas. Actuellement, on distingue 44 espèces. L'espèce **S. aureus** (plus communément appelé staphylocoque doré) se distingue généralement des autres staphylocoques appelés staphylocoques à coagulase négative (SCN) par la présence d'une coagulase. Il est important de distinguer *S. aureus* des SCN car *S. aureus* a un potentiel de pathogénicité très important et est responsable aussi bien d'infections communautaires que nosocomiales. Les SCN sont en règle générale des bactéries opportunistes essentiellement responsables d'infections nosocomiales. Le site de colonisation préférentielle de *S. aureus* chez l'homme est la muqueuse nasale. En effet, 30% des adultes hébergent *S. aureus* de façon permanente, 50% de façon intermittente et 20% ne sont jamais porteurs. A partir des sites de portage, *S. aureus* colonise les territoires cutanés en particulier, les zones humides (aisselles, périnée) et les mains. Les SCN représentent les principaux commensaux de la peau avec les corynébactéries et les propioni-bactéries. La densité de colonisation est plus importante au niveau des zones humides comme la partie antérieure des narines, le périnée, les creux axillaires et les plis inguinaux. Ils peuvent aussi être isolés des muqueuses.

Le pathogène est responsable d'infections suppuratives superficielles et profondes ainsi que de syndromes liés à l'action de toxines. Les infections à *S. aureus* les plus fréquentes sont des **infections cutané-muqueuses** telles que les folliculites, impétigo, furoncles, anthrax, panaris, cellulites ou les sinusites et les otites. Il s'agit le plus souvent d'auto-infections. **Ces infections se compliquent parfois par extension loco-régionale de l'infection, ou par diffusion hématogène de la bactérie. S. aureus peut alors être responsable de septicémies, d'endocardites, de pneumopathie, d'ostéomyélites, d'arthrites, de méningites ou d'infection urinaire.** La gravité des septicémies à *S. aureus* tient tant au risque de survenue de choc staphylococcique qu'à la localisation de métastases septiques. Une des complications des septicémies à *S. aureus* est la survenue d'endocardite infectieuse. Les septicémies des toxicomanes utilisant la voie intraveineuse peuvent être à l'origine d'endocardite du cœur droit. Les pneumopathies staphylococciques sont rares mais graves en raison du risque de complications à type d'abcès, de nécrose pulmonaire extensive ou d'évolution vers des pleurésies enkystées. Les ostéomyélites aiguës touchent le plus souvent les os longs chez les enfants et les vertèbres chez les adultes. De même, contrairement à ce que l'on observe chez les adultes, les arthrites septiques chez les enfants peuvent être associées à une ostéomyélite adjacente du fait de la présence de vaisseaux sanguins au niveau de l'épiphyse. *S. aureus* tient également une place dominante dans les infections ostéo-articulaires post-chirurgicales, d'inoculation ou après traumatismes. Les méningites peuvent se produire, soit par contiguïté à partir d'une sinusite ou après un traumatisme facial, soit par voie hématogène, par exemple à partir d'une endocardite. *S. aureus* peut aussi être responsable d'infections urinaires. La contamination se fait soit par voie ascendante sur sonde à demeure soit par voie hématogène.

Les **streptocoques** pathogènes sont responsables d'infections aiguës, ce sont *S. pyogenes* ou streptocoques β -hémolytiques du groupe A, *S. agalactiae* ou streptocoques β -hémolytiques du groupe B, *S. pneumoniae* ou pneumocoques. Lorsque ces bactéries pathogènes sont présentes transitoirement et en faible quantité sur les muqueuses ou les téguments, on parle de "portage" et de porteurs sains. Parmi les streptocoques, les espèces commensales appartiennent à la flore normale des muqueuses de l'homme. Ce sont les streptocoques oraux (commensaux de l'oropharynx) et les streptocoques du groupe D (commensaux de l'intestin). Dans certaines circonstances ces bactéries commensales deviennent pathogènes opportunistes et peuvent être responsables d'infections, notamment de septicémies ou d'endocardites.

Les **infections non invasives** : La plupart sont traitées en ville et représentent plus de 80 % des maladies dues à *S. pyogenes* et concernent les muqueuses ou les téguments. Les pharyngites ou angines sont les manifestations les plus fréquentes des infections streptococciques aiguës. *S. pyogenes* est la principale bactérie responsable des angines érythémateuses (rouges) ou érythématopultacée (rouges avec des points blancs) qui touchent surtout les jeunes enfants et les jeunes adultes. La scarlatine est une angine streptococcique accompagnée d'une éruption cutanée due à la sécrétion de toxine. Parmi les infections cutanées, **l'impétigo** peut être provoqué soit par *S. pyogenes*, soit par *Staphylococcus aureus*; les deux espèces peuvent aussi être associées.

- **Réservoir :**

Le réservoir naturel des staphylocoques est l'homme et les animaux à sang chaud. Cependant, éliminées dans le milieu extérieur, ces bactéries très résistantes sont fréquemment retrouvées dans l'environnement.

- **Résistance physico-chimique :**

N/A.

- **Pathogénèse :**

Le pouvoir pathogène d'une souche est lié à l'expression de facteurs de virulence. On distingue les protéines de surface (adhésines) qui permettent la colonisation de l'hôte, des facteurs qui conduisent au développement et à l'extension de l'infection et des toxines spécifiques responsables de syndromes toxiques. L'impétigo bulleux est induit par la production d'exfoliatines au sein même des lésions cutanées. Il est constitué d'un nombre variable de bulles, prédominant aux extrémités, à contenu trouble contenant le staphylocoque et la toxine (exfoliatine). Les bulles évoluent vers l'ouverture et la formation d'ulcérations puis de croûtes. La cicatrisation se fait en une semaine environ.

2. Clinique

- **Transmission :**

La transmission se produit habituellement par voie cutanée directe en provenance d'un malade ou d'un porteur sain. Un phénomène d'auto-inoculation se produit également. Les porteurs nasaux de *S. aureus* sont particulièrement susceptibles de transmettre le germe.

L'impétigo est contagieux. Il provoque de petites épidémies au sein de collectivités (famille, milieu d'accueil, école, etc.) ou d'unités de néonatalogie.

- **Incubation :**

De 1 à 3 jours pour *S. pyogenes*. De 4 à 10 jour pour *S. aureus* , en moyenne 7 jours.

- **Période de contagiosité :**

Si l'impétigo n'est pas traité, l'exsudat vésiculaire présente une charge bactérienne élevée pouvant rester infectieux pendant des semaines ou des mois. En conséquence, la contagiosité dure jusqu'à assèchement des vésicules.

La plupart des cas ne sont plus contagieux après 24 heures de traitement antibiotique approprié.

- **Symptômes :**

L'impétigo est une infection cutanée superficielle purulente, non-invasive et extrêmement contagieuse, d'origine streptococcique ou staphylococcique et parfois mixte.

La symptomatologie caractéristique associe l'apparition de vésicules évoluant vers des pustules qui forment des croûtes d'aspect mielleux. Les enfants présentent souvent des lésions multiples à des stades variés. Les lésions prédominent autour du nez et de la bouche mais peuvent, cependant, survenir ailleurs. Ces lésions guérissent sans laisser de cicatrices. Les lésions bulleuses peuvent être localisées ou disséminées. Elles sont fréquemment prurigineuses de sorte que la zone infectée s'étend souvent du fait du grattage.

Impétigo staphylococcique non toxinique



<http://www.microbes-edu.org/etudiant/staph.html>

- **Complications :**

L'impétigo est généralement bénin. Toutefois, une infection invasive demeure toujours possible.

Particularités concernant l'impétigo à *S. pyogenes*

- Il peut se compliquer de scarlatine, de rhumatisme articulaire aigu ou de glomérulonéphrite aiguë.
- Il peut se compliquer d'infections invasives, particulièrement chez certaines catégories à risque (voir plus loin).
- Les **infections sévères et invasives** : L'érysipèle survient surtout chez les sujets âgés et les personnes souffrant d'insuffisance lymphatique. La lésion cutanée apparaît rouge, chaude et douloureuse. La lésion est limitée par un bourrelet résultant de la réaction inflammatoire qui tend à juguler le phénomène infectieux. La positivité des hémocultures témoigne du passage dans le sang des streptocoques et donc de leur caractère invasif. Le traitement comporte la pénicilline G. La sévérité de cette infection est liée au caractère septicémique et à la fréquence des récurrences. La cellulite extensive ou fasciite nécrosante est une lésion plus profonde appelée désormais en France : dermo-hypodermite nécrosante. La nécrose tissulaire peut atteindre l'aponévrose ou même la dépasser. La lésion cutanée apparaît rouge, chaude, très douloureuse et mal limitée. Son extension peut nécessiter l'excision chirurgicale des tissus nécrosés ou même une amputation d'un membre. Cette infection survient sur des personnes de tout âge, sans facteur prédisposant. Elle peut s'accompagner d'un syndrome de choc toxique souvent mortel.

- **Le syndrome de choc toxique streptococcique** est associé à des souches isolées du sang ou des prélèvements tissulaires qui sécrètent des toxines érythrogènes de type A ou C, agissant comme super-antigène. Il est mortel dans plus de 90% des cas, malgré la prise en charge en réanimation et l'antibiothérapie.

Particularités concernant l'impétigo à *S. aureus*

- Il se complique rarement d'infections sévères ou invasives.
- L'extension loco-régionale de l'infection à *S. aureus*, ou par diffusion hématogène de la bactérie. *S. aureus* peut alors être responsable de septicémies, d'endocardites, de pneumopathie, d'ostéomyélites, d'arthrites, de méningites ou d'infection urinaire. La gravité des septicémies à *S. aureus* tient tant au risque de survenue de choc staphylococcique qu'à la localisation de métastases septiques. Une des complications des septicémies à *S. aureus* est la survenue d'endocardite infectieuse. Les septicémies des toxicomanes utilisant la voie intraveineuse peuvent être à l'origine d'endocardite du cœur droit.
- Les pneumopathies staphylococciques sont rares mais graves en raison du risque de complications à type d'abcès, de nécrose pulmonaire extensive ou d'évolution vers des pleurésies enkystées.
- Les ostéomyélites aiguës touchent le plus souvent les os longs chez les enfants et les vertèbres chez les adultes. De même, contrairement à ce que l'on observe chez les adultes, les arthrites septiques chez les enfants peuvent être associées à une ostéomyélite adjacente du fait de la présence de vaisseaux sanguins au niveau de l'épiphyse. *S. aureus* tient également une place dominante dans les infections ostéo-articulaires post-chirurgicales, d'inoculation ou après traumatismes.
- Les méningites peuvent se produire, soit par contiguïté à partir d'une sinusite ou après un traumatisme facial, soit par voie hématogène, par exemple à partir d'une endocardite.
- *S. aureus* peut aussi être responsable d'infections urinaires. La contamination se fait soit par voie ascendante sur sonde à demeure soit par voie hématogène.

3. Diagnostic

- **Diagnostic biologique :**

- **Diagnostic primaire :**

Le diagnostic est essentiellement clinique. Dans les formes bénignes d'impétigo, il n'est pas nécessaire de faire des cultures des lésions afin de déterminer le germe responsable de l'impétigo et d'en confirmer le diagnostic.

Le diagnostic biologique se fera dans des cas plus graves :

- lorsque l'impétigo devient récidivant,
- lorsque l'on est confronté à un ecthyma (forme ulcéreuse d'impétigo)
- en cas d'évolution vers une infection invasive
- en cas d'épidémie communautaire ou hospitalière.
- Les souches peuvent être envoyées au laboratoire de référence selon le pathogène pour rechercher des facteurs de virulence et pour confirmer la transmission (typage moléculaire).

- **Confirmation du diagnostic**

Le diagnostic biologique se fait par culture du matériel en provenance des lésions cutanées afin de déterminer le germe responsable de l'impétigo et d'en confirmer le diagnostic clinique.

Il existe un centre national de référence (NRC) pour le staphylocoque et le streptocoque. Les renseignements pratiques quant aux types de test et aux instructions de prélèvement, conservation et transport des échantillons sont disponibles sur le site des NRC (<https://nrchm.wiv-isp.be/fr/default.aspx>).

Quelques recommandations si l'on décide de faire un prélèvement :

- Lésions sèches : gratter et placer les squames dans un récipient stérile ;
- Lésions suintantes : frotter avec un écouvillon afin de récolter les sécrétions ;
- Lésions liquidiennes vésiculo-bulleuse : aspirer le contenu des lésions.
- Si le transport vers le laboratoire n'est pas possible, conserver les échantillons au réfrigérateur.

4. **Définition de cas de l'ECDC**

- **Critère de diagnostic :**

Critères cliniques :

Critères de laboratoire :

Critères épidémiologiques :

- **Cas possible :**

N/A.

- **Cas probable :**

Tout sujet répondant aux signes cliniques cutanés.

- **Cas confirmé :**

Cas confirmé par le laboratoire.

5. **Epidémiologie**

- **Groupe d'âge :**

Particulièrement fréquent chez le nourrisson et le petit enfant, il est rare chez l'adulte.

- **Incidence :**

Il n'y a pas de système de surveillance de cette expression clinique en Belgique.

- **Immunité :**

L'affection n'est pas naturellement immunisante et il n'y a pas de vaccin disponible.

- **Saisonnalité :**

Il existe une recrudescence saisonnière en été, la chaleur et l'humidité favorisant sa dissémination.

- **Géographie et sexe ratio :**

L'impétigo est favorisé par la chaleur humide. Il est ubiquitaire, mais survient plus fréquemment dans les régions tropicales.

6. Population à risque

- Groupes à risque de développer la maladie :

Les personnes à risque de développer la maladie sont les jeunes enfants (principalement nourrissons et enfants en classe maternelle), les personnes avec une parasitose ou infestation cutanée (ex : gale ou pédiculose), les personnes avec eczéma, égratignures, piqûres d'insecte ou autres lésions cutanées.

- Groupes à risque de développer des formes graves :

1. Des formes graves ou sévères d'impétigo à *S. pyogenes* peuvent se présenter :

- Principalement chez les personnes avec altération des défenses immunitaires: diabète, cancer, pathologies cardiaques, SIDA, usage d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens à haute dose, pathologies pulmonaires chroniques, âge supérieur à 65 ans, abus d'alcool ;
- Porte d'entrée cutanée : varicelle évolutive durant une période de 2 semaines après son début, lésion cutanée, injection intraveineuse de drogues ;

2. L'impétigo à *S. aureus* se complique rarement. Toutefois, des infections sévères ou invasives peuvent s'observer, en particulier, chez les catégories à risque suivantes :

- Nouveau-nés, sous forme de dermite exfoliative et le syndrome d'exfoliation généralisée (« Staphylococcal Scaled Skin Syndrome ») ;
- Personnes avec une altération de l'immunité : diabète, fibrose kystique, insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique chronique, agammaglobulinémie, chimiothérapie, traitement par immunosuppresseurs, etc. ;
- Usagers de drogues par voie intraveineuse ;
- Actes médicaux invasifs : cathétérismes, chirurgie, fixateurs externes, dialyse, shunts, etc.
- Porte d'entrée cutanée : eczéma, psoriasis, etc.

- Grossesse et allaitement :

N/A.

7. Prise en charge du patient

- Traitement :

Les malades seront traités localement par des désinfectants ou des antibiotiques locaux. Des antibiotiques administrés par voie générale sont parfois nécessaires pour les formes plus sévères.

Il est préférable de laisser les lésions respirer.

- Mesures d'hygiène :

Appliquer les mesures d'hygiène générale et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission cutanée directe, disponibles sur ce site. En particulier, éviter le contact cutané entre le malade et les personnes de l'entourage.

Eviter le grattage des lésions. Soigneusement couper les ongles des enfants afin d'éviter le grattage des lésions.

- **Isolement – éviction :**

Les enfants souffrant d'impétigo peuvent fréquenter l'école à condition que l'affection soit traitée et que les lésions soient sèches. A défaut de traitement, l'enfant sera évincé jusqu'à guérison clinique.

Ces mesures seront également prises pour le personnel d'encadrement (milieux d'accueil, néonatalogie, maternité, ...).

8. Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)

- **Prophylaxie :**

Aucune (chimio)prophylaxie chez les personnes de l'entourage proche du patient n'est recommandée.

- **Mesures d'hygiène :**

Eviter le contact cutané entre le malade et les personnes de l'entourage.

Mesures d'hygiène vis-à-vis des maladies cutanées à transmission directe :

Eviter les contacts cutanés et capillaires directs ou indirects.

Eviter les échanges de vêtements, en particulier les bonnets et les écharpes.

Espacer suffisamment les porte-manteaux afin d'éviter le contact entre les vêtements.

Ranger les bonnets et les écharpes dans les manches des manteaux.

Porter les cheveux longs attachés.

Eviter l'échange de peignes.

Eviter l'échange d'essuies.

Hygiène cutanée.

Hygiène des mains.

Ongles coupés court.

Couvrir les plaies.

Lavage soigneux des vêtements et des textiles du malade à 60 degrés.

Nettoyage soigneux et régulier de l'environnement.

- **Isolement – éviction :**

- Les enfants souffrant d'impétigo peuvent fréquenter l'école à condition que l'infection soit traitée et que les lésions soient sèches - A défaut de traitement, l'enfant sera évincé jusqu'à guérison clinique.

- Le personnel d'encadrement des milieux d'accueil de la petite enfance et le personnel des unités de néonatalogie, des milieux scolaires du niveau maternel souffrant d'impétigo peuvent continuer à travailler à condition que l'infection soit traitée et que les lésions soient sèches.

- **Collectivité à risque :**

L'impétigo peut survenir sous forme de petites épidémies familiales ou au sein de collectivités. Les personnes ayant présentés des contacts cutanés avec un malade devraient donc recevoir une information quant à la maladie.



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Impétigo



9. Prévention pré-exposition

- Mesures préventives générale :

Appliquer les mesures générales d'hygiène et les mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission cutanée directe, disponibles sur ce site.

- Vaccination :

Pas de vaccin disponible.





Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Impétigo



Personnes de contact

Centre National de référence

Hôpital Erasme, Service de Microbiologie, Laboratoire de bactériologie

Prof. Olivier DENIS : olivier.denis@erasme.ulb.ac.be

Ariane Deplano: ariane.deplano@erasme.ulb.ac.be

- Tél + 32 2 555 69 71

- Fax + 32 2 555 31 10

- Site Internet : <http://www.mrsa.be>

https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/staphylococcus_aureus/default.aspx

Institut Scientifique de Santé Publique

Personne responsable : Virginie Maes

E-mail : Virginie.Maes@wiv-isp.be

Tél. : + 32 477 81 17 08

Fax : + 32 477 81 17 08



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Impétigo



Références

1. Control of Communicable Diseases Manuel. David L. Heymann. 19th edition. 2008
2. Principles and practices of infectious disease. Gerald L. Mandell et al. 7th Edition. 2010
3. Red book, report of the committee on infectious diseases. 29th edition.2012
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – World Health Organisation (WHO). Disponible sur :
<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2919f/7.html>
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponible sur :
http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/groupastreptococcal_g.htm
6. ECDC - European Centre for Disease Prevention. Disponible sur :
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/impetigo/basic_facts/pages/factsheet_general_public.aspx
7. Blue Book (guidelines australiens). Disponible sur :
<http://ideas.health.vic.gov.au/bluebook/impetigo.asp>



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

Impétigo

