L'IMPÉTIGO EN PROGRESSION

16.09.2026

Cet été, notre laboratoire a reçu nettement plus de prélèvements de pus accompagnés de la mention clinique « impétigo » ou « suspicion d'impétigo ». L'impétigo présente un pic saisonnier marqué en été et à la fin de l'été [1]. Parallèlement, la résistance de Staphylococcus aureus aux antibiotiques topiques classiques augmente. Le diagnostic ciblé et le choix rationnel de l'antibiotique deviennent donc de plus en plus importants.

L'impétigo en bref

L'impétigo est une infection cutanée bactérienne superficielle, très contagieuse, qui figure parmi les infections cutanées bactériennes les plus fréquentes chez les jeunes enfants. Staphylococcus aureus en est le principal agent pathogène ; Streptococcus pyogenes joue surtout un rôle dans l'impétigo non bulleux et l'ecthyma. L'infection peut survenir sur une peau intacte (impétigo primaire) ou sur une barrière cutanée déjà altérée, par exemple en cas d'eczéma, de piqûres d'insectes ou de petites plaies (impétiginisation secondaire). On distingue trois formes cliniques :

Impétigo non bulleux	Impétigo bulleux	Ecthyma
Forme la plus fréquente (± 70 %). = Impétigo contagieux Les vésicules/pustules évoluent vers des croûtes typiques de couleur jaune doré ou miel, souvent autour du nez et de la bouche ou sur les extrémités.	30 % de tous les cas d'impétigo. Bulles superficielles flasques contenant un liquide jaunâtre, surtout chez les jeunes enfants. Causé par des souches de S. aureus produisant des toxines exfoliatives.	Rare. Forme plus profonde touchant à la fois l'épiderme et le derme. Ulcérations typiquement bien délimitées, « à l'emporte-pièce », avec formation de croûtes ; des cicatrices sont possibles.

Pourquoi l'antibiothérapie topique devient-elle moins fiable ?

Le clone Epidemic European fusidic acid-resistant impetigo clone (EEFIC, CC121) circule en Belgique. Ce clone de S. aureus sensible à la méticilline (MSSA) porte typiquement le gène de résistance fusB et les gènes des toxines exfoliatives eta/etb. Une variante résistante à la mupirocine (M-EEFIC) s'est désormais également propagée ; elle porte en plus le gène mupA et est donc résistante à la fois à l'acide fusidique et à la mupirocine [1,2]. La PVL (leucocidine de Panton–Valentine) n'est pas caractéristique de l'impétigo classique. La PVL est une cytotoxine de S. aureus principalement associée à des infections cutanées récidivantes, abcédées et nécrosantes.

Le Centre national de référence (CNR) pour S. aureus (LHUB-ULB) rapporte une augmentation de la résistance à l'acide fusidique, passée de 11,4 % en 2023 à 18,4 % en 2024 ; chez les enfants, cette proportion atteignait même 37,6 % en 2024. La résistance à la mupirocine augmente également [3].

Données de notre laboratoire – été 2026*	Résistants
Acide fusidique	78%
Mupirocine	28%
Oxacilline (MRSA)	1%

** Isolats de S. aureus issus de prélèvements de pus adressés avec la mention clinique « impétigo » ou « suspicion d'impétigo ». Tous les isolats résistants à la mupirocine étaient également résistants à l'acide fusidique. Cette population sélectionnée n'est pas représentative de l'ensemble des patients atteints d'impétigo : les cas d'échec thérapeutique et les cas plus sévères ou atypiques sont vraisemblablement surreprésentés [5].*

Quand une culture bactérienne est-elle utile ?

Un premier épisode typique et limité ne nécessite pas de mise en culture systématique. Un prélèvement microbiologique est surtout indiqué en cas d'échec thérapeutique, de récidives fréquentes, de lésions étendues ou atypiques, de plusieurs membres d'une même famille touchés ou de suspicion de cas groupés [4]. La culture permet d'identifier les MSSA/MRSA et les streptocoques β-hémolytiques et d'adapter le traitement à l'antibiogramme.

Réaliser correctement le prélèvement

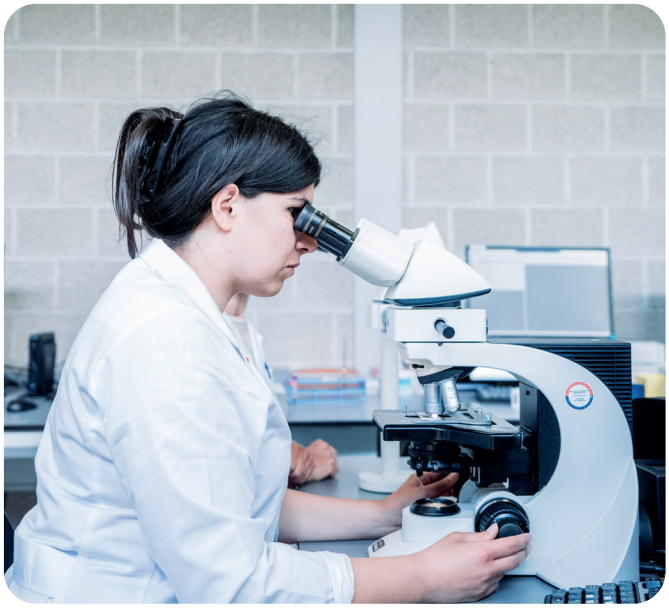
- • Impétigo non bulleux : retirer délicatement une croûte et prélever au niveau du fond humide et exsudatif de la lésion.
- • Impétigo bulleux : prélever le liquide d'une bulle intacte ou au niveau du fond d'une bulle ouverte.
- • Ecthyma : prélever au niveau du fond de l'ulcération après avoir retiré la croûte nécrotique.

Quand un isolat est-il envoyé au CNR ?

Le CNR pour S. aureus (LHUB-ULB) surveille les clones et les mécanismes de résistance en circulation. Le clone (M-) EEFIC est généralement reconnaissable à son profil de résistance caractéristique ; la confirmation de chaque isolat de routine apporte donc peu de valeur ajoutée. Le CNR souhaite surtout recevoir les isolats associés à des tableaux cliniques inhabituellement sévères ou atypiques et à des suspicions de cas groupés. Si ces données cliniques nous sont communiquées, nous transmettrons ces isolats.

Nouvelle étude de surveillance flamande : que se passe-t-il en 2026 ?

De juillet à décembre 2026, le LHUB-ULB organise une étude de surveillance prospective dans plusieurs cabinets de médecine générale en Flandre. Chez les patients présentant un impétigo diagnostiqué cliniquement, les données cliniques, le traitement empirique et les résultats microbiologiques sont recueillis. Les isolats de S. aureus sont envoyés au CNR pour un séquençage du génome entier. L'étude examine notamment la prévalence et l'évolution d'EEFIC/M-EEFIC, la résistance à l'acide fusidique et à la mupirocine ainsi que les facteurs de virulence pertinents. L'objectif final est d'évaluer dans quelle mesure le traitement empirique actuel est adapté aux souches réellement en circulation, afin de mieux étayer ou d'adapter les futures recommandations belges [2].



Traitement selon les recommandations belges

- **Toujours commencer par les mesures d'hygiène**. Nettoyer les lésions plusieurs fois par jour à l'eau et au savon. Une hygiène rigoureuse des mains, l'absence de grattage, des ongles courts, l'utilisation d'une serviette individuelle et le lavage quotidien des vêtements et du linge limitent la transmission. Ces mesures doivent être appliquées jusqu'à ce que toutes les lésions soient sèches. Les antiseptiques ne sont pas plus efficaces que l'eau et le savon, peuvent provoquer une irritation cutanée et une dermatite de contact et ne sont donc pas recommandés.
- **Traitement topique**. Selon le guide BAPCOC, l'acide fusidique topique reste le premier choix en cas de lésions limitées. Toutefois, en raison de la résistance croissante, la réponse au traitement empirique est moins prévisible. La mupirocine n'est pas une alternative de routine à l'acide fusidique et n'est recommandée que dans le cadre de la décolonisation du MRSA [3]. Aucune décolonisation n'est recommandée en cas d'impétigo classique ; elle l'est en revanche en cas de portage de MRSA ou de souches productrices de PVL.
- **Traitement systémique**. Un traitement oral est indiqué en cas de lésions étendues, de caractère épidémique, d'échec thérapeutique, d'adénopathies ou de symptômes systémiques [3]. La flucloxacilline pendant sept jours reste le premier choix. Lorsqu'un résultat de culture est disponible, le traitement est adapté à l'antibiogramme.

Antibiotique	Enfant	Adulte	En pratique
Flucloxacilline [6]	25–50 mg/kg/jour en 3–4 prises	1–2 g/jour en 3–4 prises	7 j ; à jeun
Cefadroxil [6]	30 mg/kg/jour en 2–3 prises	2 g/jour en 2 prises	7 j ; bonne absorption orale
Allergie à la pénicilline	Clarithromycine/ azithromycine	Clarithromycine/ azithromycine	Tenir compte de la résistance locale

REMARQUE : Comme pour toutes les infections de la peau et des tissus mous, l'évolution clinique détermine la durée totale du traitement. Si des lésions encore actives et non asséchées persistent après 7 jours, le traitement doit être prolongé.

Flucloxacilline versus céfadroxil

Après administration orale, la flucloxacilline présente une absorption variable (50–79 %), diminuée et ralentie par les aliments. Cet antibiotique est donc administré de préférence environ une heure avant ou deux heures après le repas. Sur le plan microbiologique, la flucloxacilline constitue un excellent traitement des infections à MSSA, mais son utilisation peut être contraignante en pratique chez les jeunes enfants et en cas de prises quotidiennes multiples.

Le céfadroxil est une céphalosporine orale de première génération ayant une bonne activité contre les MSSA et S. pyogenes. Sa biodisponibilité est élevée (> 90 %) et son absorption est très peu influencée par les aliments. Le céfadroxil peut donc constituer une alternative pratique à la flucloxacilline. Sur le plan microbiologique, le céfadroxil est équivalent à la flucloxacilline.

Limiter la transmission

L'impétigo se transmet facilement par contact cutané direct et par auto-inoculation. Une bonne hygiène est donc essentielle, en particulier au sein des familles, des écoles et des structures d'accueil de la petite enfance. Selon les recommandations flamandes, il est préférable de garder temporairement à domicile les enfants présentant des lésions étendues ne pouvant être couvertes ou se trouvant dans un contexte épidémique. Le retour est possible lorsque les lésions sont sèches ou après un traitement efficace suffisant, selon la situation concrète.

Cadre décisionnel pratique pour le médecin généraliste

Situation clinique	Conduite à tenir
Premier épisode limité et typique	Soins locaux des plaies/hygiène. Envisager un traitement topique selon la BAPCOC ; l'acide fusidique reste une option, mais tenir compte de la résistance croissante [3].
Lésions étendues, caractère épidémique, adénopathies ou symptômes systémiques	Traitement systémique : flucloxacilline en premier choix ; le céfadroxil peut constituer une alternative pratique [3].
Échec thérapeutique, récidive, tableau atypique ou plusieurs membres d'une même famille touchés	Culture + antibiogramme [3].
Tableau inhabituellement sévère ou suspicion de cas groupés	Concertation avec la microbiologie ; des isolats sélectionnés de S. aureus peuvent être envoyés au CNR pour un séquençage du génome entier [2].

Messages clés

- L'impétigo est une infection cutanée superficielle très contagieuse, principalement pédiatrique ; S. aureus en est le principal agent pathogène.
- À l'été 2026, notre laboratoire observe nettement plus de cultures liées à l'impétigo et une proportion élevée de résistance à l'acide fusidique parmi les isolats de S. aureus obtenus en culture [5].
- Le clone M-EEFIC circule en Belgique : il s'agit d'un clone de MSSA responsable d'impétigo, présentant une corésistance à l'acide fusidique et à la mupirocine [1,2].
- La mupirocine n'est pas une alternative de routine à l'acide fusidique ; la flucloxacilline reste le premier choix en Belgique pour le traitement systémique [3].
- Réaliser une culture surtout en cas d'échec thérapeutique, de récidives, d'infections étendues/atypiques, de plusieurs membres d'une même famille touchés ou de cas groupés [3].
- L'étude flamande en cours, avec séquençage du génome entier (WGS) par le CNR, doit permettre de mieux définir l'épidémiologie et la résistance actuelles en première ligne et pourrait conduire à une adaptation des recommandations de traitement empirique [2].

Sources

- *[1] Yin N, Michel C, Makki N, et al. Emergence and spread of a mupirocin-resistant variant of the European epidemic fusidic acid-resistant impetigo clone of Staphylococcus aureus, Belgium, 2013 to 2023. Euro Surveill. 2024;29(19):2300668. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.19.2300668.*
- *[2] Centre national de référence pour Staphylococcus aureus et autres staphylocoques (LHUB-ULB). Communication personnelle et protocole de l'étude « Community-based prospective surveillance of Staphylococcus aureus-associated impetigo in primary care, Flanders », 2026.*
- *[3] BAPCOC. Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire. Édition 2026.*
- *[4] NICE. Impetigo: antimicrobial prescribing. NG153. Utilisé uniquement comme source d'information complémentaire lorsque cela est explicitement mentionné ; les messages thérapeutiques essentiels reposent sur les recommandations belges.*
- *[5] Données de notre laboratoire. Isolats de Staphylococcus aureus issus de prélèvements de pus adressés avec la mention clinique « impétigo » ou « suspicion d'impétigo », été 2026.*
- *[6] Site internet du CBIP.*
- *Images: https://dermnetnz.org/topics/impetigo*