

**Centre Hospitalier Universitaire de Nice**  
**Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence**

<b>Protocole de service accueil des urgences</b>	
Titre	<b>PLAIES AIGUES EN STRUCTURE D'URGENCE</b>
Rédaction Dr MION- NOLIN	Approbation Pr Levraut, dr Oualid
Date de création	Mars 2018
Application	Validité
Accueil des urgences Pasteur 2 CHU de Nice	2 ans

## PLAIES AIGUES EN STRUCTURE D'URGENCE (24)

### I. TRIAGE EN IOA

- **Niveau 1** → *urgence vitale*, hémorragique, respiratoire, hémodynamique, neurologique associée à la plaie
- **Niveau 2** → *très urgent* pour les plaies délabrantes, plaies avec saignement actif
- **Niveau 3** → *urgent* pour les plaies larges, complexes et souillées, plaies de la main
- **Niveau 4** → *peu urgent* pour les plaies superficielles (hors mains)
- **Niveau 5** → *sans urgence*, pour les dermabrasions

NB: évaluation systématique de la douleur avec possibilité de revoir le niveau de tri si douleur intense

### II. GENERALITES/ PRISE EN CHARGE DES PLAIES AU SAU

#### 1. Evaluation initiale de la plaie

- Rechercher un éventuel saignement actif et le stopper
- Localiser de potentielles atteintes de structure sous-jacente afin d'évaluer le risque infectieux
- Faire préciser: heure du traumatisme, nature de l'agent vulnérant, statut vaccinal tétanique

#### 2. Analgésie/ sédation

- Délivrance d'analgésiques par prescription anticipée (protocole IOA)
- *Examen clinique précédent l'anesthésie et le geste, notifié dans le dossier (valeur médico-légale+++)*, afin de détecter un éventuel déficit neurologique préexistant à une réduction de fracture par exemple.

##### ❖ AL et ALR:

- La lidocaïne non-adréalinée à 1 ou 2% est la solution de référence au SAU (1)

Délai d'action: 10 minutes

Durée d'action: 2h

Volume maximum chez l'adulte 3 à 4 mg/kg (soit 200 à 300 mg Max)

Volume maximum chez l'enfant 2 à 7 mg/kg

- La lidocaïne adrénalinée est CI chez l'enfant et expose de plus à des risques de nécrose des extrémités (doigts, nez...). Rares cas d'allergie (2)

##### ❖ MEOPA:

Doit être systématiquement envisagé en l'absence de contre-indication en coanalgésie (1)

##### ❖ Hypnose:

Peut être proposée (3)

### 3. Nettoyage/ détersion

- **Après friction hydroalcoolique** sur mains propres et en utilisant masque chirurgical, lunettes et gants (non nécessairement stériles) (4) (5)
- Lavage abondant pour limiter le risque infectieux (6), à pression constante et contrôlée avec 500 cc de **sérum physiologique ou d'eau contrôlée** à l'aide d'un catheter court de 16 à 18 G (7) (8)
- **TREMPAGE NON-INDIQUE** (2)
- **Vaseline** pour écarter les poils, cheveux de la plaie
- **PAS DE RASAGE** mais coupe ou tonte des poils ou cheveux (le rasage augmente le risque infectieux) (9)

### 4. Exploration

- Après lavage, exploration de la plaie pour poser ou non l'indication d'un parage
- Avant le pansement final, maintenir la plaie en milieu humide avec une compresse imbibée d'eau (10)

### 5. Place des antiseptiques

- **PAS DE BENEFICE A UTILISER UN ANTISEPTIQUE pour une plaie franche vue précocément** (11) (12)/ eau stérile ou eau du robinet "contrôlée" (13) (7) (14)
- Antiseptique recommandé si plaie à haut risque infectieux et sur accord médical au-delà de 24h
- **A LA SORTIE DU PATIENT NE PAS PRESCRIRE D'ANTISEPTIQUE** pour les plaies suturées: nettoyage quotidien à l'eau puis pansement sec avec compresse intégrée

### 6. Place des antibiotiques

- Pas d'indication à un prélèvement superficiel (indiqué uniquement si collection profonde)
- **AUCUNE INDICATION A UNE ANTIBIOTHERAPIE LOCALE DES PLAIES**
- Traitement antibiotique probabiliste envisagé au cas par cas dans les situations suivantes (15) (2):
  - morsure par mammifère
  - signes cliniques d'infection régionale ou systémique
  - **prise en charge au-delà de 24h**
  - inoculum bactérien important ou profond
  - difficulté à réaliser un lavage efficace
  - localisation particulière
  - terrain à risque
  - parage non satisfaisant

## Antibiothérapie pour les plaies traumatiques hors morsure de mammifères

<b>Plaies traumatiques</b>  Staphylocoque, streptocoque anaérobies (dont <i>Clostridium                  perfringens</i> ), entérobactéries, <i>Bacillus cereus</i> , <i>Aeromonas</i> (si exposition à l'eau)	<b>Absence de signe infectieux local ou général</b>		
	Plaie fortement souillée	<b>Protocole 1</b>	
	Terrain ischémique local	<i>Si allergie aux pénicillines :</i> <b>Protocole 3</b>	
	Dans les autres situations		Pas d'antibiothérapie
	<b>Présence de signes inflammatoires locaux</b>		
	Erythème/induration péri-lésionnel < 5 cm même en présence de pus et absence de signe général	Pas d'antibiothérapie  <u>SAUF terrain ischémique local</u> → <b>Protocole 1</b> , 5 jours <i>si allergie aux pénicillines protocole 3</i> , 5 jours	
	Erythème/induration péri-lésionnel > 5 cm ou lymphangite ou signes généraux	<b>Absence de critère de gravité</b>  <b>Protocole 1</b>  <i>Si atcd d'allergie aux pénicillines :</i> <b>Protocole 3</b>	7 jours
		<b>Présence de critères de gravité</b> locaux (crépitation, nécrose) ou généraux  <b>Hospitalisation</b> immédiate et <b>avis chirurgical et infectiologue</b> urgent	
	<b>Infection superficielle de site opératoire</b>		Pas d'antibiothérapie de principe <b>Avis chirurgical</b>
	* <i>Enfant âgé de moins de huit ans, deuxième et troisième trimestres de grossesse, allaitement, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, exposition au soleil</i>		

**Protocole 1** → Augmentin® 1g/8h per os

**Protocole 3** → au choix: - Pristinamycine 1g/8h per os  
 - Clindamycine 600 mg/8h per os  
 - Cotrimoxazole per os

### 7. Prévention tétanique

❖ **Tétanos:** cf protocole

### III. STRATEGIE DE CICATRISATION

#### 1. Délai de fermeture d'une plaie

- Pas de délai standardisé au-delà duquel une plaie ne peut plus être fermée (pas de relation établie entre délai de fermeture et risque infectieux) (15)
- NB possibilité de suture face et tete jusqu'à 24h (2)

#### 2. Techniques de fermeture

##### ❖ Suture:

La règle est la suture en 2 plans:

- 1 plan dermique à points inverses sous cutanés en points résorbables
- et des points simples cutanés ou suture adhésive ou colle

Possibilité de points classiques en un plan sur le cuir chevelu, les paupières, le nez, les mains, les pieds et OGE

Types de suture	Indication	Remarque
<b>Suture adhésive</b>	Plan superficiel, petites plaies à bords nets peu profondes, ne saignant pas, affrontement sans tension et bonne adhérence possible  Eviter chez les sujets peu coopérants, déments ou enfants	Cette méthode, facile et indolore, limite les phénomènes inflammatoires. Elle peut compléter les autres modes de suture  Ne pas mouiller
<b>Colle tissulaire</b>	Plan superficiel, plaie inférieure à 10 cm, peu profonde, franche et linéaire, ne saignant pas, idéale pour la face et chez le jeune enfant	Indolore, sensation de chaleur à la pose, protection de l'œil (plaie faciale) avec compresse ou barrage avec gel d'acétone, suture hermétique. Contre-indiquée en cas de risque infectieux élevé (morsure) ou à proximité du cuir chevelu
<b>Point simple</b>	Plan superficiel ou plan profond, suture la plus commune	Placer le nœud sur le bord de la berge, en évitant de serrer, l'apparition "d'échelle" est possible lors de la cicatrisation
<b>Point de Blair- Donati</b>	Plan superficiel, permet de rapprocher les plans profonds et superficiels dans un même temps, zone où le préjudice esthétique est moindre, suture avec tension	Le nœud peut s'enfouir sous la peau, si le fil est laissé trop longtemps
<b>Point d'angle</b>	Plaies présentant un lambeau triangulaire, en association avec des points simples	Vérifier l'état vasculaire de la pointe du lambeau que l'on suture, point noué suffisamment lâche pour éviter la nécrose
<b>Surjet simple et surjet passé</b>	Permet de refermer rapidement une plaie, la meilleure indication étant les plaies du cuir chevelu	Mauvais résultat esthétique
<b>Agrafe</b>	Plaies peu hémorragiques du cuir chevelu (sauf face, cou, mains et pieds)	Suture rapide et facile  Résultat esthétique idem suture (16)
<b>Surjet intradermique</b>	Plaies propres, à berges nettes, avec impératif esthétique (le fil chemine sous la peau), plaies muqueuses	Nécessite une expérience pratique accrue, suture étanche
<b>Point inversé</b>	Plan profond, en complément de la suture cutanée	Limite la constitution d'espace mort dans les plaies profondes
<b>Point en X</b>	Hémostase du cuir chevelu	

**SFMU (2)**

❖ **Ablation des points:**

Localisation de la plaie	Durée proposée
Visage	5 j (sauf paupières 3 j) Enfant : un peu plus long pour des plaies profondes (limite le risque de désunion)
Cou	10 à 14 j
Oreille	10 à 14 j
Scalp	6 à 8 j
Tronc	15 à 21 j
Main (face dorsale)	10 à 14 j
Réinsertion unguéale	21 j
Main (face palmaire)	14 j
Membre inférieur	15 à 21 j
Pied	12 à 14 j
Pénis	8 à 10 j
Membre supérieur	12 à 14 j

❖ **Surveillance:**

- Plaie majeure ou à haut risque infectieux → reconvoquer le patient à 48h à la polyclinique avec remise de consignes de surveillance

- Plaie simple → pas de nécessité de reconvoication systématique à la polyclinique avant ablation des points ou agrafes

❖ **Cicatrisation dirigée:**

Indications: - petite perte de substance cutanée sans atteinte ou mise à nu d'éléments nobles  
- plaies par morsure sans préjudice esthétique  
- plaies souillées à haut risque infectieux

3 phases: - détersion améliorée par l'utilisation de pansements gras  
- bourgeonnement par pansements semi-occlusifs ou occlusifs absorbants  
- l'épithélialisation accélérée par des pansements semi-occlusifs ou occlusifs (2)

Dermabrasions: pansements gras sur le corps ou corps vaseliné sur la face

## IV. SPECIFICITES

### 1. Morsures

#### ❖ Prise en charge de la plaie

- risque d'infection de 30 à 50%
- lavage abondant avec parage soigneux
- si plaie profonde peu accessible au lavage: laisser la plaie ouverte, drainage par mèche grasse et fermeture à J4-J5 si pas de signe d'infection **(18)**
- si lavage possible et efficace, suture possible avec suivi dans les premiers jours +++
- avis chirurgical souhaitable si plaie majeure, délabrée, avec possible retentissement esthétique ou fonctionnel, lésions ostéotendineuses, plaies de la face, lésions nerveuses...
- reconvoque à la policlinique dans les 48h souhaitable
- NB: ne jamais prescrire d'AINS ou cortisone

#### ❖ Prévention de la rage

Cf protocole

#### ❖ Antibiothérapie prophylactique

Types de plaies et Hypothèses microbiologiques	Situations cliniques	Traitements anti-infectieux	Durée
<b>Plaies par morsures de mammifères</b>  <i>Pasteurella, streptocoques, staphylocoques, anaérobies</i>	<b>Absence</b> de signe infectieux local / général <i>[traitement préemptif systématique]</i>	<b>Protocole 1 :</b> Amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 heures per os (h, PO)  <i>Si allergie aux pénicillines :</i> <b>Protocole 2 : au choix</b> Doxycycline 100 mg / 12 h PO	5 jours
	<b>Présence</b> de signes infectieux locaux/ généraux	<i>Si cyclines contre-indiquées*</i> <b>ET allergie aux pénicillines :</b> <b>Protocole 3 : au choix</b> Pristinamycine 1 g / 8 h PO Clindamycine 600 mg / 8 h PO Cotrimoxazole 800 mg / 160 mg / 12 h PO	5 jours (à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable)

**Protocole 1** → **Augmentin® 1g/8h per os**

**Protocole 2** → **Doxycycline 100mg/12h per os**

*Cyclines CI si:*

- enfant de moins de 8 ans
- 2ème et 3ème trimestres de grossesse
- allaitement
- insuffisance hépatique
- insuffisance rénale
- exposition au soleil

**Protocole 3 → au choix:** - Pristinamycine 1g/8h per os  
 - Clindamycine 600 mg/8h per os  
 - Cotrimoxazole per os

- l'infection survient en moyenne dans les 12 à 24h (+ rapidement si morsure de chat) **(19)**
- **ANTIBIOTHERAPIE SYSTEMATIQUE+++** pour une durée de 5 jours à réévaluer selon l'évolution Clinique
- si la morsure est vue tardivement ou si signes d'infection patente, prolonger l'antibiothérapie pour une durée de 10 à 14j **(21)**
- adapter l'antibiothérapie à l'animal mordeur **(19) (20)**

Sources	Germes	Maladies / Durées d'incubation
Chien et Chat	Pasteurella multocida Bactéries aérobies (streptocoques, Staphylococcus aureus, Caonocytophaga canimorsus, Eikenella corrodens) et anaérobies (Prevotella, Fusobacterium, Veillonella, Peptostreptococcus), Bartonella henselae (uniquement le chat), Rhabdovirus	Pasteurellose / < 24 h Infections à pyogènes / 2 j Maladie des griffes du chat / 3 à 15 j  Rage / 15 à 90 j (voire plusieurs années)
Rat et autres rongeurs	Pasteurella multocida Streptobacillus moniliformis Spirillum minus Leptospira	Pasteurellose / < 24 h Streptobacillose Sodoku Leptospirose
Homme	Bactéries aérobies (streptocoques, Staphylococcus aureus, Caonocytophaga canimorsus, Eikenella corrodens) et anaérobies (Prevotella, Fusobacterium, Veillonella, Peptostreptococcus)	Infections à pyogènes / 2 j  Infections à VIH*, VHC, VHB

\* Traitement post exposition non recommandé en général, à envisager si morsure profonde d'un patient source infecté avec une charge virale non contrôlée

### ❖ Morsure humaine

Expose au risque de transmission virale (hépatite B, C et VIH), nécessitant une prise en charge spécifique.

## 2. plaies de la main

- **Exploration médico-légale** → description anatomique et testing tendineux et nerveux
- Prise en charge chirurgicale systématique si **(2)**:
  - fracture ou luxation ouverte
  - plaie infectée
  - lésion tendineuse
  - amputation
  - plaie punctiforme sans évaluation possible de la profondeur
  - plaie par injection sous pression
  - plaie articulaire
  - déficit sensitive moteur
- radiographies systématiques si traumatisme associé ou suspicion de CE
- reconvoction spécialisée large

### **3. plaies de la langue**

- plaie à suture avec du fil résorbable 3/0 ou 4/0 si plaie de plus de 1 cm de profondeur coupant le muscle ou transfixiante, coupure profonde avec bord libre, plaie avec hémorragie significative, plaie à risque de non cicatrisation (22)

### **4. plaies de la bouche**

- antiseptie inutile
- toujours vérifier les glandes salivaires et parotide
- les plaies dont les berges sont proches cicatrisent spontanément

### **5. plaies du pavillon de l'oreille**

- risque de chondrite
- lavage +++
- suture au SAU et discuter avec infectiologue une éventuelle antibiothérapie
- surveillance+++

### **6. plaies des OGE**

- plaies pénétrantes, délabrantes... → urologue ou chirurgien viscéral
- seules les plaies superficielles du prépuce, du frein, et les dermabrasions sont du ressort de l'urgentiste (23)
- vérifier la miction et faire une bandelette à la recherche d'une hématurie

### **7. dermabrasions souillées (protocole proposé par les médecins de la policlinique Pasteur 2)**

- nettoyage chlorexidine® diluée ou bétadine scrub®
- rinçage abondant au sérum physiologique (jamais de bétadine dermique)
- Flammazine® crème en couche épaisse de 5 mm au moins (sauf CI: sensibilisation locale ou générale connue aux sulfamides)
- puis Jelonet®
- compresses "brulées" +/- bandes selon la localisation
- penser au VAT
- pansement à refaire tous les jours
- reconvoquer le patient le lendemain à la policlinique

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Ricard-hibon A, Savary D. Anesthésie locorégionale en médecine d’urgence. In: Desmettre T, analgésie et sédation, journées thématiques interactives de la SFMU. Lavoisier 2017, Paris, 19-40

---

- (2) Société francophone de Médecine d’Urgence. Prise en charge des plaies aux urgences. 12eme conférence de consensus 2005
- (3) Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, Mc Grath PJ et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD005179
- (4) Perelman VS, Francis GJ, Rutledge T, Foote J, Martino F, Dranitsaris G. Sterile versus non sterile gloves for repair of uncomplicated lacerations in the emergency department: a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 2004; 43:362-70
- (5) Gorj Med, Revol M. What is the scientific basis of our surgical beliefs? *Ann Chir Plast Esthet* 2015; 60:3-11
- (6) Kamolz LP, Wild T. Wound bed preparation. The impact of debridement and wound cleansing *Wound Med* 2013; 1: 44-50
- (7) Weiss GA, Oldham G, Lin M, Foster T, Quinn JV. Water is a safe and effective alternative to sterile normal saline for wound irrigation prior to suturing: a prospective, double-blind, randomized, controlled clinical trial: *BMJ Open* 2013; 3: e001504
- (8) Mote GA, Malay DS. Efficacy of power-pulsed lavage in lower extremity wound infections: a prospective observational study. *J. Foot Ankle surg* 2010; 49:135-142
- (9) Lefebvre A, Saliou P, Lucet JC, Mimoz O, Keita-Perse O, Grandbastien B et al. French study group for the preoperative prevention of surgical site infections. Preoperative hair removal and surgical site infections network metaanalysis of randomized controlled trials. *J Hosp Infect* 2015; 91: 100-8
- (10) Singer AJ, Dagum AB. Current management of acute cutaneous wounds. *N Engl J Med* 2008, 359: 1037-46
- (11) Richtlijn. Evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de hetenzorg 2013 société néerlandaise de chirurgie 2017
- (12) Khan NN, Navqi AH. Antiseptics, iodine, povidone iodine and traumatic wound cleansing. *J Tissue Viability* 2006; 16:6-10
- (13) Ghafouri HB, Zare M, Bazrafshan A, Abazarian N, Ramin T. Randomized controlled trial of povidone- iodine to reduce simple traumatic wound infections in the emergency department. *Injury* 2016; 47: 1913-8
- (14) Fernandez r, Griffiths r. Water for wounds cleansing. *Cochrane database syst rev* 2012
- (15) Quinn JV, Polevoi SK, Kohn MA. Traumatic lacerations: what are the risks for infection and has the “golden period of laceration care disappeared?” *Emerg Med J* 2014; 31: 96-100
- (16) Mac gregor FB, Combe AW, King PM, Macleod DA. Skin stapling of wounds in the accident department. *Injury* 1989; 20:347-8
- (17) Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. Wound microbiology and associated approaches to wound management. *Clin Microbiol Rev* 2001; 14: 244-69
- (18) Morgan JP, Haug RH, Murphy MT. Management of facial dog bite injuries. *J oral maxillofac surg* 1995; 53: 435-41
- (19) Talan D, Citron D, Abrahamian D, Moran GJ, Goldstein EJ. Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. Emergency Medicine bite infection study group. *N. Engl J Med* 1999; 340:85-92
- (20) Dydymski S, Beytout J. Blessures d’origine animale. EMC, traité de médecine AKOS, 4-0940, 2011

- (21) Morlat P et le groupe d'expert du conseil national du sida et des hépatites virales. Prise en charge du VIH. Recommandations du groupe d'experts. Actualisation le 30 janvier 2017
- (22) Ud-din Z, Aslam M, Gull S. Towards evidence based BETS from the Manchester Royal Infirmary. Should mirror mucosal tongue lacerations be sutured in children? Emerg Med J 2007; 24: 123-4
- (23) Wessells H, long L. Penile and genital injuries. Urol Clin N Am 2006; 33: 117-26
- (24) Plaies aiguës en structure d'urgence, référentiel de bonnes pratiques. RFE SFMU, SFFPC, SOFCPRE, SPILF, GFRUP 2017

## **CONSIGNES DE SORTIE A REMETTRE AU PATIENT**

Vous avez été pris en charge le ..... /..... / 20.... pour une plaie ayant bénéficié de :

points de suture  colle biologique  sutures adhésives  agrafes  dispositif de drainage

### **ATTENTION**

**Ces fils, drains ou agrafes devront être enlevés dans  jours par votre médecin ou un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'Etat. Consulter dès l'apparition ou l'extension des signes suivants :**

- **couleur anormale de la plaie ou de la peau**
- **douleur importante**
- **odeur nauséabonde**
- **écoulement de liquide, de pus ou de sang persistant**
- **fièvre ou frissons**
- **ouverture de la plaie**
- **déficit de la sensibilité ou des muscles**

#### **Soins à faire :**

- Laisser à l'air libre
- Réaliser vous-même les soins comme expliqué
- Faire réaliser les soins par un(e) infirmier(e) libérale
- Faire réaliser les soins à la polyclinique de Pasteur 2

#### **Conseils pratiques :**

- ne pas mouiller la plaie
- protéger la plaie des frottements
- protéger la cicatrice du soleil pendant une année (écran total, chapeau, vêtements)

Consulter  votre médecin  à la polyclinique dans jours  jours

Lui rappeler que votre vaccination antitétanique est  à jour  à compléter  à vérifier

## **ORDONNANCE PANSEMENT DERMABRASIONS SOUILLEES**

### **IDE**

Faire pratiquer par IDE, à domicile, tous les jours et y compris dimanches et jours fériés, un grand pansement complexe, de (préciser la localisation) :

-----  
dans des conditions stériles et ce jusqu'à guérison.

### **PROTOCOLE**

- Nettoyer au sérum physiologique
- Ablation de la fibrine si besoin
- Appliquer une couche très épaisse de (0,5 à 1 cm) :
  - Flammazine
  - Ou Ialuset plus (orange) crème
- Couvrir avec du Jelonet (si flammazine) ou Ialuset plus (orange) tulle
- Mettre des grandes compresses « brûlés » 17 cm X 17 cm (en fonction de l'étendue)
- Bandes ou pansements



## **ORDONNANCE SUTURE IDE**

Faire pratiquer par IDE, à domicile, tous les 2 jours et y compris dimanche et jours fériés, des soins de pansements, et ce jusqu'à guérison

### **PROTOCOLE**

Lavage simple et quotidien au sérum physiologique puis protection par pansement adhésif stérile avec compresse intégrée

### **PROCEDER A L ABLATION DES FILS A :**

- visage J5 (sauf paupières J3)
- cou entre J10 et J14
- oreille entre J10 et J14
- scalp entre J6 et J8
- tronc entre J15 et J21
- main (face dorsale) entre J10 et J14
- réinsertion unguéale J21
- main (face palmaire) J14
- membre inférieur entre J15 et J21
- pied entre J12 et J14
- pénis entre J8 et J10
- membre supérieur entre J12 et J14



## PRISE EN CHARGE DES PLAIES AUX URGENCES

### Antibiothérapie pour les plaies traumatiques hors morsure de mammifères

<p><b>Plaies traumatiques</b></p> <p>Staphylocoque, streptocoque anaérobies (dont <i>Clostridium perfringens</i>), entérobactéries, <i>Bacillus cereus</i>, <i>Aeromonas</i> (si exposition à l'eau)</p>	<b>Absence de signe infectieux local ou général</b>		
	Plaie fortement souillée	<b>Protocole 1</b>	5 jours
	Terrain ischémique local	<i>Si allergie aux pénicillines :</i> <b>Protocole 3</b>	
	Dans les autres situations	Pas d'antibiothérapie	
	<b>Présence de signes inflammatoires locaux</b>		
	Erythème/induration péri-lésionnel < <b>5 cm</b> même en présence de pus et absence de signe général	Pas d'antibiothérapie	
		<u>SAUF</u> terrain ischémique local → <b>Protocole 1</b> , 5 jours <i>si allergie aux pénicillines</i> <b>protocole 3</b> , 5 jours	
	Erythème/induration péri-lésionnel > <b>5 cm</b> ou lymphangite ou signes généraux	<b>Absence de critère de gravité</b>	7 jours
	<b>Protocole 1</b> <i>Si atcd d'allergie aux pénicillines :</i> <b>Protocole 3</b>		
	<b>Présence de critères de gravité</b> locaux (crépitation, nécrose) ou généraux		
	<b>Hospitalisation</b> immédiate et <b>avis chirurgical et infectiologue</b> urgent		
<b>Infection superficielle de site opératoire</b>		Pas d'antibiothérapie de principe <b>Avis chirurgical</b>	
<p><i>* Enfant âgé de moins de huit ans, deuxième et troisième trimestres de grossesse, allaitement, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, exposition au soleil</i></p>			

## Antibiothérapie en cas de morsure

Types de plaies et Hypothèses microbiologiques	Situations cliniques	Traitements anti-infectieux	Durée
<b>Plaies par morsures de mammifères</b>  <i>Pasteurella, streptocoques, staphylocoques, anaérobies</i>	<b>Absence</b> de signe infectieux local / général <i>[traitement préemptif systématique]</i>	<b>Protocole 1 :</b> Amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 heures per os (h, PO)  <i>Si allergie aux pénicillines :</i> <b>Protocole 2 : <u>au choix</u></b> Doxycycline 100 mg / 12 h PO	5 jours
	<b>Présence</b> de signes infectieux locaux/ généraux	<i>Si cyclines contre-indiquées*</i> <b>ET allergie aux pénicillines :</b> <b>Protocole 3 : <u>au choix</u></b> Pristinamycine 1 g / 8 h PO Clindamycine 600 mg / 8 h PO Cotrimoxazole 800 mg / 160 mg / 12 h PO	5 jours (à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable)

**Protocole 1** → **Augmentin® 1g/8h per os**

**Protocole 2** → **Doxycycline 100mg/12h per os**

*Cyclines CI si:*

- enfant de moins de 8 ans
- 2ème et 3ème trimestres de grossesse
- allaitement
- insuffisance hépatique
- insuffisance rénale
- exposition au soleil

**Protocole 3** → **au choix:** - **Pristinamycine 1g/8h per os**  
- **Clindamycine 600 mg/8h per os**  
- **Cotrimoxazole per os**

- l'infection survient en moyenne dans les 12 à 24h (+ rapidement si morsure de chat) **(19)**

- **ANTIBIOTHERAPIE SYSTEMATIQUE+++** pour une durée de 5 jours à réévaluer selon l'évolution Clinique

- si la morsure est vue tardivement ou si signes d'infection patente, prolonger l'antibiothérapie pour une durée de 10 à 14j **(21)**

- adapter l'antibiothérapie à l'animal mordeur

## **Ablation des points**

<b>Localisation de la plaie</b>	<b>Durée proposée</b>
Visage	5 j (sauf paupières 3 j) Enfant : un peu plus long pour des plaies profondes (limite le risque de désunion)
Cou	10 à 14 j
Oreille	10 à 14 j
Scalp	6 à 8 j
Tronc	15 à 21 j
Main (face dorsale)	10 à 14 j
Réinsertion unguéale	21 j
Main (face palmaire)	14 j
Membre inférieur	15 à 21 j
Pied	12 à 14 j
Pénis	8 à 10 j
Membre supérieur	12 à 14 j