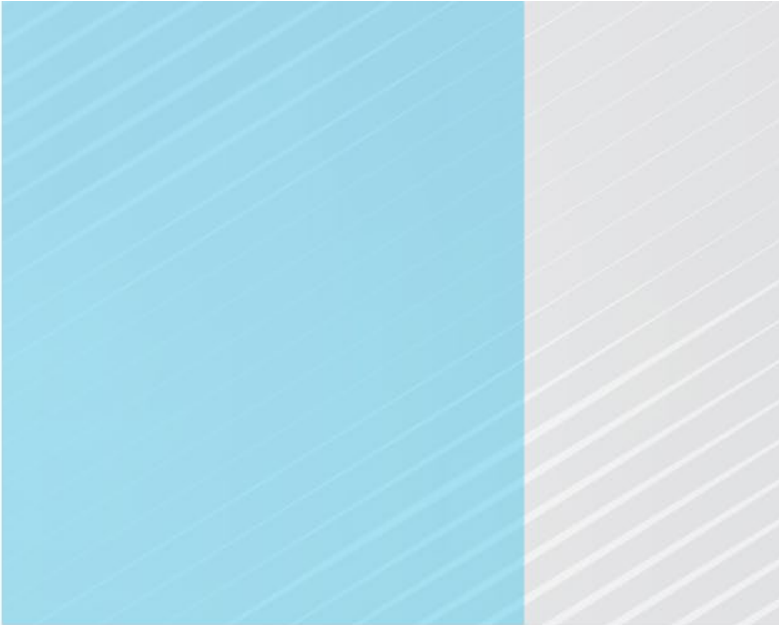


GUIDES ET NORMES

Cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant – Repérage, diagnostic, usage optimal des antibiotiques et mesures de prévention des complications ou récidives

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant – Repérage, diagnostic, usage optimal des antibiotiques et mesures de prévention des complications ou récidives

Rédaction

Émilie Viel

Collaboration

Anne Bergeron

Jolyane Blouin

Benoît Laffont

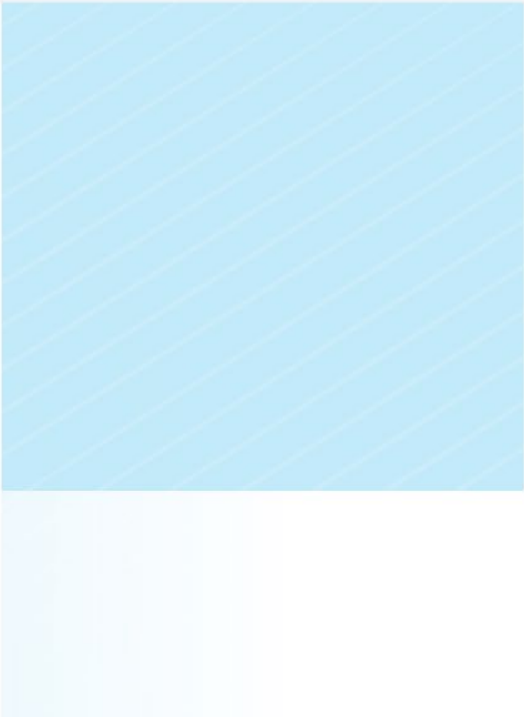
Coordination scientifique

Mélanie Tardif

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Émilie Viel, Ph. D.

Collaboratrices et collaborateur interne

Anne Bergeron, Ph. D.

Jolyane Blouin, Ph. D.

Benoît Laffont, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Mélanie Tardif, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Soutien administratif

Théodore Dubois

Laura Guiol

Bureau – Méthodes, données et éthique

Unité – Science de l'information

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Jonahan Aubin, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-04218-6 (PDF) (2^e édition – 2026)

ISBN 978-2-550-79775-3 (PDF) (1^{ère} édition – 2017)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant – Repérage, diagnostic, usage optimal des antibiotiques et mesures de prévention des complications ou récurrences. Québec, Qc : INESSS. 87 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité d'experts sont :

Olivier Bernèche, M. Sc. Inf. DESS, infirmier praticien avancé et spécialisé en soins aux adultes, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Julie Bestman-Smith, MD, Ph. D., microbiologiste-infectiologue, Hôpital Enfant-Jésus, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Philippe Desmarais, Pharm. D, cand. LL. M., pharmacien en milieu communautaire, pharmacie Caroline Désilets et Philippe Desmarais, GMF des Patriotes, Montérégie et clinicien associé à l'Université de Montréal, CEC Université Laval

Mathieu Desmeules, MD, pédiatre, Hôpital de Chicoutimi et Clinique de pédiatrie du Saguenay, Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire

Sarah Gagné, DMD, chirurgienne-dentiste pratique orientée en gériatrie, Québec

Valérie Jodoin, MD, médecin institutionnelle au Centre régional de réception, Service Correctionnel du Canada

Jessie Papenburg, MD, M. Sc., médecin spécialiste en infectiologie pédiatrique et microbiologie médicale à Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, professeur associé au département pédiatrique à l'université McGill

François Paquet, MD, urgentologue et médecin hyperbare à la clinique des plaies complexes au CHU de Lévis, professeur agrégé de clinique à l'université Laval, Santé Québec Chaudière-Appalaches

Jérôme Patry, DPM, MD, M. Sc., médecin de famille, GMF universitaire de Lévis, clinique des plaies complexes au CHU de Lévis et chercheur régulier clinicien, centre de recherche de Santé Québec Chaudière-Appalaches et à VITAM – Centre de recherche en santé durable

Jean-François Tessier, B. Pharm, M. Sc., pharmacien spécialisé en infectiologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Les membres du comité consultatif et du comité de suivi pour les travaux 2017 sont présentés dans le document Annexes complémentaires.

Lectrices et lecteur externes

Pour ce rapport les lecteurs externes sont :

Jeannot Dumaresq, MD, Ph. D., microbiologiste-infectiologue, CHA - Hôtel-Dieu de Lévis; Santé Québec Chaudière-Appalaches

Stéphanie Tremblay, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne pédiatrique, Santé Québec – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal

Émilie Vallières, MD, Ph. D., microbiologiste-infectiologue pédiatrique, Santé Québec – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal

Les lectrices et lecteurs externes pour les travaux 2017 sont présentés dans le document Annexes complémentaires.

Autres contributions

L'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Cynthia Boutin, DMD, M. Sc., dentiste pédiatrique, Lévis

Aurélien Corduan, Ph. D, professionnelle scientifique, INESSS

Geneviève Duplain-Cyr, B. Pharm., M. Sc., professionnelle scientifique pharmacienne, INESSS

Annie-Claude Lussier-Morin, DMD, M. Sc., dentiste pédiatrique, Montréal

Geneviève Robitaille, Ph. D, professionnelle scientifique, INESSS

Jessica Tam, DMD, M. Sc., dentiste pédiatrique, Longueuil

Déclaration d'intérêts

François Paquet : Chaire de recherche en médecine hyperbare à l'université Laval. Auteur d'articles en lien avec les plaies en 2024 (Médecin Québec). Invité au Second international expert panel for ONENPWT (Wounds Canada, subventionné par Smith&Nephew).

Jérôme Patry : Membre du Comité consultatif sur la collaboration en santé du Collège des médecins du Québec. Honoraires reçus en tant que conférencier sur les soins de plaies (la Fédération de médecins omnipraticiens du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des podiatres du Québec). Financement public reçu pour un programme de recherche sur l'ulcère plantaire diabétique. Co-auteur d'un chapitre d'un livre en soins de plaies (Reeves I. et Chaplain V. Publié en 2023).

Jean-François Tessier : Honoraires reçus en 2023 en tant que conférencier sur le traitement des infections à cocci Gram positif (AVIR pharma).

Stéphanie Tremblay : Honoraires reçus en tant que conférencière.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	VI
SIGLES ET ACRONYMES	XI
GLOSSAIRE	XIII
INTRODUCTION.....	1
1 CADRE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1 Cadre d'évaluation.....	4
1.2 Méthodologie sommaire.....	5
1.2.1 Questions d'évaluation	5
1.2.2 Mobilisation des savoirs	6
1.2.3 Intégration des savoirs en soutien à la création de valeur	6
2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	7
2.1 Mise à jour et nouveautés.....	7
2.2 Généralités.....	7
2.3 Facteurs de risque.....	8
2.4 Démarche diagnostique	11
2.4.1 Symptômes et signes suggestifs de la cellulite infectieuse.....	11
2.4.2 Évaluation clinique	12
2.4.3 Examens paracliniques	27
2.5 Principe de traitement.....	29
2.5.1 Cellulite abcédée versus abcès simple.....	31
2.5.2 Allergie présumée ou confirmée à une <i>pénicilline</i>	32
2.6 Antibiothérapie	34
2.6.1 Cellulite infectieuse typique (avec forte suspicion de streptocoques ou de <i>S. aureus</i>)	37
2.6.2 Cellulite infectieuse associée à une morsure animale commune ou humaine.....	47
2.6.3 Cellulite faciale d'origine dentaire	48
2.6.4 Cellulite préseptale (périorbitaire) atraumatique d'origine sinusale	52
2.6.5 Cellulite infectieuse causée par le SARM	56
2.6.6 Durée de l'antibiothérapie.....	61
2.6.7 Gestes pour atténuer l'empreinte environnementale des antibiotiques prescrits	63
2.7 Traitements de soutien	64
2.8 Suivi et relais oral	65
2.9 Mesures préventives pour éviter les récives de la cellulite	68
2.9.1 Facteurs de risque	68
2.9.2 Autres mesures.....	68

2.10 Consultation en milieux spécialisés ou à l'urgence	70
2.10.1 Consultation en milieux spécialisés	70
2.10.2 Urgence hospitalière et hospitalisation	73
FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX	74
CONSIDÉRATION ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	75
MISE À JOUR	78
RÉFÉRENCES.....	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Questions d'évaluation par dimension en soutien au jugement de valeur	5
Tableau 2	Modifications à l'issue des travaux 2025-2026	7
Tableau 3	Antibiotiques indiqués et non indiqués pour le traitement de la cellulite infectieuse au Canada	36

RÉSUMÉ

Introduction

La cellulite infectieuse est une infection de la peau et des tissus sous-jacents à la suite d'une brèche de la barrière cutanée. Elle est généralement bactérienne et principalement causée par les streptocoques β -hémolytiques et le *Staphylococcus aureus*. Une étiologie pluribactérienne peut aussi être suspectée dans les cas de morsures animales ou humaines ou d'une cellulite infectieuse d'origine sinusale ou dentaire. À défaut d'un traitement rapide de cette infection, la cellulite infectieuse peut évoluer vers des complications graves comme une fasciite nécrosante ou une septicémie. En octobre 2017, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié des recommandations et des repères cliniques pour soutenir le diagnostic et la prise en charge de la cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant véhiculés au sein de deux outils. Compte tenu de l'évolution des connaissances, l'INESSS a jugé nécessaire d'effectuer une mise à jour de ses travaux, en cohérence avec les plus récentes données scientifiques, les récents travaux apparentés de l'Institut et les tendances en matière de bonne pratique sur le sujet, notamment en ce qui concerne l'antibiogouvernance.

Méthodologie

Pour ces travaux de *Guides et normes*, les questions d'évaluation ont été formulées de manière à couvrir principalement les dimensions populationnelle, clinique et organisationnelle de l'[Énoncé de principes et fondements éthiques](#) de l'INESSS. Un repérage documentaire structuré dans trois bases de données bibliographiques en plus d'un repérage manuel de la littérature grise a été effectué de manière à actualiser la revue systématique des guides de pratique clinique, des lignes directrices et des rapports d'évaluation des technologies en santé effectuée en 2017. Les documents publiés en français et en anglais de 2020 à 2025 ont été ciblés. Une vigie informationnelle s'est effectuée jusqu'en mai 2026. Deux professionnels scientifiques ont contribué aux processus de sélection des documents, d'extraction et d'évaluation de la qualité méthodologique avec les outils appropriés. L'analyse et la synthèse de l'ensemble des renseignements recueillies ont été effectuées dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec. La perspective des différentes parties prenantes a été recueillie par un comité consultatif formé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises. L'identification des repères cliniques clés et la formulation des recommandations ont été faites en collaboration avec les membres du comité consultatif, en se basant notamment sur l'appréciation de l'ensemble des éléments de preuve. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt.

Principaux constats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et les messages clés suivants ont été dégagés à partir des changements apportés depuis la version antérieure des travaux.

Consolider le tableau clinique d'une cellulite infectieuse

En plus de reconduire les quatre signes cardinaux de la cellulite infectieuse – érythème, œdème, chaleur et douleur – et d'autres particularités, la mise à jour inclut dorénavant d'autres indices évocateurs, comme la présence d'une traînée de lymphangite et une différence de température entre les régions atteintes et saines. Les signaux d'alarme ont aussi été reconduits, mais selon un gradient de priorité, la fasciite nécrosante et l'atteinte orbitaire étant des urgences majeures. Plusieurs signaux d'alarme de la version 2017 ont été rapatriés dans la nouvelle catégorie des risques de complication, laquelle comporte aussi de nouveaux aspects pour s'articuler avec le choix de la voie d'administration de l'antibiotique. Les signaux d'alarme restants ont été rassemblés selon leur localisation inhabituelle. Le diagnostic différentiel a été bonifié par des exemples cliniques en plus d'avoir ajouté entre autres l'abcès simple et le syndrome pédiatrique d'épidermolyse staphylococcique. La consolidation du tableau clinique est maintenant renforcée par l'intégration d'une description des niveaux de sévérité de l'infection pour discriminer les infections légères et modérées. Cette description joue un rôle central dans le choix de la voie d'administration et de la durée de l'antibiothérapie.

Traiter selon les principes de traitement et la source de l'infection

La pratique en matière d'antibiothérapie a évolué timidement depuis la publication des précédentes recommandations. Bien que les choix d'antibiotiques aient peu changé, précédemment, le clinicien choisissait un antibiotique dans une liste de produits oraux (PO) et intraveineux (IV) sans balise claire. Dans la mise à jour, la priorité porte sur l'antibiotique PO ayant le spectre le moins large, alors que l'antibiotique IV est réservé aux cas d'infection modérée avec des risques de complication. De plus, les durées de traitement sont plus courtes, soit généralement de 5 à 7 jours, en privilégiant 5 jours pour une cellulite légère ou modérée, sauf dans le cas de la cellulite d'origine dentaire, pour laquelle une durée de 3 jours peut être acceptable selon le choix de l'antibiotique.

Parmi les changements liés aux différents antibiotiques, le céfadroxil, qui n'est plus recommandé en pédiatrie par Santé Canada, a été retiré des choix possibles en cas de cellulite infectieuse typique chez les enfants. Dans ce même contexte, la complexité de préparation et l'administration QID de la cloxacilline IV rendent son usage moins judicieux, ce qui a mené à son retrait des choix chez l'adulte et l'enfant. L'amoxicilline-clavulanate n'est aussi plus une option en cas de cellulite infectieuse typique chez l'adulte et l'enfant, car son spectre est trop large. Elle reste cependant un choix possible pour les cellulites infectieuses de causes inhabituelles (morsures humaines ou animales, infection d'origine dentaire ou sinusale). Notons que la posologie pédiatrique de l'amoxicilline-clavulanate a été revue à la baisse dans la cellulite infectieuse d'origine dentaire (45 mg/kg/jour PO divisés en BID, max 1 500 mg/jour), en cohérence avec les

nouvelles pratiques en dentisterie recommandées. De plus, elle est réservée, dans les deux populations, aux cas d'infection d'origine dentaire modérée plus étendue. Les autres options à privilégier pour ce type d'infection sont l'amoxicilline seule et la pénicilline V, cette dernière étant une alternative chez l'adulte seulement si l'amoxicilline ne peut être utilisée. Pour une cellulite préseptale (périorbitaire) atraumatique d'origine sinusale, en plus de conserver l'amoxicilline-clavulanate proposée dans la version 2017, l'amoxicilline à forte dose et le céfuroxime ont été ajoutés.

En cas d'allergie aux *pénicillines* ou à une autre bêta-lactamine dans une cellulite typique (avec forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus*), d'autres antibiotiques ont été ajoutés à la clindamycine, qui était jadis la seule option proposée. Des balises claires d'usage en dernier recours des fluoroquinolones ont aussi été ajoutées dans ce contexte chez l'adulte. De plus, les fluoroquinolones ne sont plus des choix possibles en cas de cellulite infectieuse d'origine dentaire dans les deux populations. Un macrolide, entre autres, est proposé pour ce type d'infection. Finalement, des alternatives d'antibiotiques en cas d'allergie réelle aux *pénicillines* pour une cellulite infectieuse préseptale atraumatique d'origine sinusale chez l'adulte et l'enfant sont incluses dans la mise à jour, ce qui était absent de la version antérieure.

Enfin, certains traitements de soutien à l'antibiothérapie, et des actions pour potentialiser la guérison et diminuer les récives, ont été ajoutés. À cet égard, des rappels à l'intention de la personne concernée et à ses proches ont été ajoutés, complémentés par celui de retourner les doses d'antibiotiques non utilisées à la pharmacie pour une élimination responsable – une action qui contribue à réduire leur impact environnemental.

Aiguiller selon la gravité, la complexité et les champs de compétence

Depuis 2017, le *Code des professions* est en évolution constante, notamment en élargissant l'autonomie de la pratique en soins infirmiers et en pharmacie. De plus, de nouveaux corridors d'accès aux services spécialisés ont été instaurés pour les fournisseurs de soins primaires (p. ex. conseil numérique, accueil clinique). La mise à jour des travaux a été effectuée en tenant compte de l'évolution récente du réseau. Outre la bonification des signaux d'alarme qui justifient de rediriger la personne vers les services d'urgence, les situations cliniques motivant une consultation auprès d'un collègue expérimenté, d'un médecin d'une autre spécialité médicale ou d'un spécialiste en dentisterie ont été rehaussées. Y sont décrits, entre autres, les cas complexes et la suspicion d'une étiologie incertaine.

Recommandations et outils cliniques

Au terme des travaux et à la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les repères cliniques et les recommandations antérieures ont été reconduits, retirés ou modulés, et de l'information nouvelle ainsi que des recommandations ont été ajoutées. Les nouveautés présentes dans ce rapport ont aussi été intégrées dans les deux outils cliniques associés qui ont été actualisés à la suite des travaux et sont destinés principalement aux cliniciens de première ligne.

Conclusions

Sans se substituer au jugement clinique, la mise à jour et les recommandations qui en découlent encourageront une pratique harmonisée à l'échelle provinciale en réduisant les durées de traitement et en offrant une gamme plus large d'antibiotiques en cas d'allergies aux *pénicillines*. Les travaux devraient contribuer notamment à :

- l'amélioration de la qualité des soins en réduisant des pratiques non optimales, telles que l'usage inapproprié d'antibiotiques systémiques qui favorisent l'antibiorésistance ou d'une antibiothérapie topique;
- la réduction des coûts de santé se traduisant par la diminution des hospitalisations, des complications infectieuses et des récidives, grâce à l'usage d'antibiothérapies appropriées;
- les impacts environnementaux favorables associés à un traitement plus court qui réduit les rejets dans l'environnement, freine la résistance antimicrobienne et diminue les déchets pharmaceutiques.

Les retombées potentielles dépendront toutefois de la diffusion des outils cliniques associés à ce rapport ainsi que de l'appropriation par les professionnels de la santé concernés. À cet égard, différentes avenues sont suggérées pour soutenir l'implantation des recommandations dans la pratique, à savoir que :

- les établissements de santé :
 - procèdent à la mise à jour de leurs protocoles et outils concernés, et y ajoutent un hyperlien vers les outils cliniques ou s'assurent d'héberger la version la plus à jour des outils de l'INESSS dans les logiciels de soins de santé et pharmaceutiques;
 - tiennent compte des recommandations de l'INESSS dans les accueils cliniques de leur centre;
- les établissements d'enseignement :
 - procèdent à la mise à jour de la formation de base offerte aux futurs cliniciens amenés à repérer puis à diagnostiquer ces infections;
- les associations, les fédérations et les ordres professionnels :
 - actualisent la formation déjà disponible pour rehausser les connaissances sur la conduite thérapeutique optimale selon la sévérité de l'infection;
- le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec :
 - favorisent le déploiement d'accueils cliniques pour la cellulite infectieuse dans tous les centres de soins du Québec, y compris les régions éloignées;
 - évaluent les possibilités de mettre en place certaines mesures pour faciliter l'accès aux modalités de décompression.

Indicateurs de suivi à retenir

Le succès de l'implantation des recommandations formulées pourrait se mesurer par la réduction :

- du spectre antibiotique pour le traitement de la cellulite typique;
- de la durée du traitement pour traiter une cellulite infectieuse;
- de récurrences démontrant une prise en charge clinique optimale.

SUMMARY

Cellulitis in adults and children: Identification, diagnosis, optimal use of antibiotics, and measures to prevent complications or recurrences

Introduction

Cellulitis is an infection of the skin and underlying tissues resulting from a breach in the skin barrier. It is usually bacterial in nature and is primarily caused by β -hemolytic streptococci and *Staphylococcus aureus*. A mixed bacterial etiology may also be suspected in cases of animal or human bites or cellulitis of sinus or dental origin. If this infection is not treated promptly, cellulitis can progress to serious complications, such as necrotizing fasciitis or septicemia. In October 2017, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) published recommendations and clinical guidelines to support the diagnosis and management of cellulitis in adults and children, which were presented in two tools. Given the evolving knowledge, INESSS deemed it necessary to update its work to reflect the latest scientific data, its recent related work, and trends in best practices concerning the subject, particularly with regard to antibiotic stewardship.

Methodology

For this *Guides and Standards* project, the assessment questions were drafted in such a way as to mainly cover the populational, clinical and organizational dimensions of INESSS's [Statement of Ethical Principles and Foundations](#). A structured literature search across three bibliographic databases, supplemented by a manual search of the grey literature, was conducted to update the systematic review of clinical practice guides, guidelines, and health technology assessment reports that was carried out in 2017. Items published in French and English from 2020 to 2025 were targeted. A monitoring of emerging scientific literature was conducted up to May 2026. Two scientific professionals contributed to the processes of document selection, data extraction, and methodological quality assessment using the appropriate tools. All of the information gathered was analyzed and synthesized with a view to contextualizing practice in Québec. The perspectives of the different stakeholders were gathered by an advisory committee consisting of health professionals from different specialties and areas of expertise. The key clinical guidelines were identified and the recommendations were drafted in collaboration with the advisory committee's members, based primarily on the assessment of all the available evidence. Lastly, the overall quality of the work, its acceptability and its applicability were assessed by external reviewers who are specialists in the field of interest.

Main findings

Upon completion of the analysis of all the information gathered and of the iterative process with the advisory committee's members, the following findings and key messages were derived from the changes made since the previous version of the work.

Consolidate clinical presentation of cellulitis

In addition to retaining the four cardinal signs of cellulitis – erythema, edema, warmth and tenderness – and other specific features, the update now includes additional suggestive clues, such as the presence of a streak of lymphangitis and a temperature difference between affected and healthy areas. The warning signs have been retained as well, but they are now arranged in order of priority, with necrotizing fasciitis and orbital involvement being major emergencies. Several warning signs from the 2017 version have been moved to the new category of complication risks, which also includes new aspects related to the choice of antibiotic administration route. The remaining warning signs have been grouped according to their unusual location. The differential diagnosis has been enhanced with clinical examples, in addition to the inclusion of, among others, simple abscess and pediatric staphylococcal scalded skin syndrome. The clinical presentation is now further clarified by the inclusion of a description of the severity levels of the infection to distinguish between mild and moderate infections. This description plays a key role in determining the route of administration and the duration of antibiotic therapy.

Treat according to treatment principles and the source of the infection

Antibiotic therapy practice has changed only slightly since the publication of the previous recommendations. Although the choices of antibiotic have changed little, previously, clinicians would choose an antibiotic from a list of oral (PO) and intravenous (IV) options without clear guidance. In the update, priority is given to the PO antibiotic with the narrowest spectrum, while IV antibiotics are reserved for cases of moderate infection with a risk of complications. In addition, the treatment durations are shorter, generally being 5 to 7 days, with a preference for 5 days for mild or moderate cellulitis, except in dental cellulitis, for which a 3-day duration may be appropriate, depending on the choice of antibiotic.

Among the changes concerning the different antibiotics, cefadroxil, which is no longer recommended for pediatric use by Health Canada, has been removed from the list of treatment options for typical infectious cellulitis in children. Also for this condition, the complexity of preparing IV cloxacillin and its QID administration make its use less desirable, with the result that it has been removed from the treatment options for both adults and children. Additionally, amoxicillin/clavulanate is no longer an option for typical cellulitis in adults and children, as its spectrum is too broad. It still is, however, an option for cellulitis due to unusual causes (human or animal bites, infection of dental or sinus origin). Note that the pediatric amoxicillin-clavulanate dosage has been revised downward for cellulitis of dental origin (45 mg/kg/day PO divided into BID; max. 1,500 mg/day), in line with the new recommended dental practices. Furthermore, in both populations, it is reserved for more extensive moderate infections of dental origin. The

preferred alternatives for this type of infection are amoxicillin alone and penicillin V, the latter being an alternative in adults only if amoxicillin cannot be used. For atraumatic preseptal (periorbital) cellulitis of sinus origin, amoxicillin-clavulanate, recommended in the 2017 version, has been retained and cefuroxime and high-dose amoxicillin have been added.

For cases of allergy to *penicillins* or another beta-lactam antibiotic in typical cellulitis (with strong suspicion of streptococci or *S. aureus*), other antibiotics have been added to clindamycin, which was previously the only option recommended. Clear guidelines for using fluoroquinolones as a last resort in adults in this context have also been added. However, fluoroquinolones are no longer options for cellulitis of dental origin in either population. A macrolide, among other options, is recommended for this type of infection. Lastly, for atraumatic preseptal cellulitis of sinus origin in adults and children with a true *penicillin* allergy, antibiotic alternatives are included in the update, unlike in the previous version.

Lastly, certain supportive treatments to accompany antibiotic therapy, and measures to promote healing and reduce recurrences have been added. In this regard, reminders for the patient and their family have been included, along with a reminder to return any unused antibiotics to the pharmacy for responsible disposal, a measure that helps reduce their environmental impact.

Refer based on severity, complexity and areas of expertise

Since 2017, the *Professional Code* has been constantly undergoing changes, especially the expansion of the practice autonomy of nurses and pharmacists. In addition, new pathways for accessing specialized services have been created for primary care providers (e.g., digital consults and clinical access services). The update takes into account the recent changes in the healthcare system. In addition to improvements to the warning signs that warrant referring a patient to emergency services, the clinical situations calling for a consultation with an experienced colleague, a physician from another medical specialty, or a dental specialist have been enhanced. These include, among others, complex cases and suspected uncertain etiology.

Recommendations and clinical tools

Following the completion of the work and the iterative process with the advisory committee's members, the clinical guidelines and previous recommendations were retained, deleted or modified, and recommendations and new information were added. The new content in this report has also been incorporated into the two accompanying clinical tools, which were updated after completion of the work and which are intended primarily for front-line clinicians.

Conclusions

While not intended as a substitute for clinical judgment, this update and the ensuing recommendations will promote harmonized practice across the province by reducing treatment durations and offering a wider range of antibiotics for patients with *penicillin* allergies. In particular, this work is expected to:

- Help improve the quality of care by reducing suboptimal practices, such as the inappropriate use of systemic antibiotics that promote antibiotic resistance or of a topical antibiotic treatment;
- Help reduce healthcare costs by decreasing hospitalizations, infectious complications, and recurrences through the use of appropriate antibiotic therapies;
- Contribute to the positive environmental impacts associated with a shorter treatment duration, which reduces environmental releases, curbs antimicrobial resistance, and reduces pharmaceutical waste.

However, the potential impact will depend on the dissemination of the clinical tools accompanying this report, and on their uptake by the health professionals concerned. In this regard, different approaches are suggested to support the implementation of the recommendations in practice, namely, that:

- Healthcare institutions:
 - Update their relevant protocols and tools, and include a link to the clinical tools or ensure that the most up-to-date version of the INESSS tools is hosted within the healthcare and pharmaceutical software programs;
 - Implement INESSS's recommendations in their clinical access services;
- Educational institutions:
 - Update the basic training provided to future clinicians who will have to identify and diagnose these infections;
- Associations, federations and professional orders:
 - Update the existing training to enhance knowledge of the optimal therapeutic approach based on the severity of the infection;
- The Ministère de la Santé et des Services sociaux and Santé Québec:
 - Foster the creation of clinical access services for cellulitis in all healthcare facilities across Quebec, including remote areas;
 - Assess the feasibility of implementing certain measures to facilitate access to decompression devices.

Key monitoring indicators

The success of implementing the recommendations could be measured by the reduction in:

- The antibiotic spectrum for treating typical cellulitis;
- The duration of treatment for cellulitis;
- Recurrences, an indication of optimal clinical management.

SIGLES ET ACRONYMES

AADP	American Academy of Pediatric Dentistry
ACMU	Association canadienne en médecine d'urgence
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II
AMMIQ	Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec
APES	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	<i>Bis in die</i> : deux fois par jour
BPACnz	Best Practice Advocacy Centre New Zealand
CGDD	Commissariat général au développement durable
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMQ	Collège des médecins du Québec
CREST	Clinical Resource Efficiency Support Team
CRNS	College of Registered Nurses of Saskatchewan
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DS	Double Strength
e-CPS	Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties
FDA	Food and Drug Administration
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guide de pratique clinique
G-I-N	Guidelines International Network
GUO	Guide d'usage optimal
HAS	Haute Autorité de Santé
Health PEI	Health Prince Edward Island
IC	Intervalle de confiance
IDSA	Infectious Diseases Society of America
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IV	Intraveineux
LRINEC	Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGC	National Guideline Clearinghouse
ODQ	Ordre des dentistes du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PEI	Prince Edward Island
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PO	<i>Per os</i> : administration orale
QID	<i>Quater in die</i> : quatre fois par jour
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
R-AMSTAR	Revised – Assessment of Multiple Systematic Reviews
RCHM	Royal Children's Hospital Melbourne
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers
RR	Risque relatif
RS	Revue systématique
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SRIS	Syndrome de réponse inflammatoire systémique
TID	<i>Ter in die</i> : trois fois par jour
TMP-SMX	Triméthoprim-sulfaméthoxazole
UMF	Unité de médecine familiale

GLOSSAIRE

Ces définitions sont propres aux diagnostics différentiels de la section [2.4.2.4](#)

Angioœdème

Une cellulite bilatérale avec ou sans douleur du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge souvent provoquée par une réaction allergique (définition adaptée du [Manuel Merck](#)).

Atteinte articulaire (arthrite septique, goutte ou synovite d'une autre cause)

Un érythème localisé au niveau d'une articulation en présence d'une douleur importante à la mobilisation.

Bursite aiguë

Un érythème localisé à un endroit où se trouve une bourse, habituellement au pourtour d'une articulation. Les bursites peuvent être infectieuses, traumatiques ou de nature inflammatoire.

Cellulite préseptale

Une cellulite qui touche les tissus antérieurs au septum orbitaire (préseptal) sans impliquer le globe oculaire, et anciennement appelée *cellulite périorbitaire*.

Cellulite orbitaire

Elle est une urgence ophtalmologique qui touche les tissus postérieurs au septum orbitaire. La cellulite orbitaire, aussi connue comme *cellulite rétroseptale*, peut très rapidement toucher le nerf optique.

Conjonctivite

Dans certains cas, elle se présente avec un œdème palpébral ou préseptal (périorbitaire) léger, non douloureux et afébrile, accompagné de sécrétions purulentes et souvent bilatéral.

Dacryocystite

Un œdème et un érythème localisés à l'angle interne (entre l'œil et le nez) et souvent accompagnés de larmolement.

Dermatite de contact

Un œdème souvent prurigineux, non douloureux et afébrile. Présence de desquamation ou de microvésicules qui peuvent confluer pour former des bulles. La forme de la zone atteinte est très bien délimitée et elle correspond à l'endroit où il y a eu un contact. La bacitracine et la néomycine, présentes dans certains onguents ou crèmes antibiotiques en vente libre, sont des causes fréquentes de dermatite de contact.

Dermite de stase

Un œdème et un érythème afébrile souvent prurigineux (peut être douloureux) et bilatéral (mais pas nécessairement symétrique) dont l'évolution est généralement subaiguë à chronique.

Eczéma aigu

Un érythème souvent œdémateux, fréquemment observé dans les cas de dermatites de contact allergiques, et parsemé de micropapules et/ou de microvésicules superficielles très serrées.

Érysipèle

Il se caractérise cliniquement par un placard luisant, surélevé, induré, sensible et à bords bien délimités. Une forte fièvre, des frissons et un malaise accompagnent souvent l'érysipèle (définition adaptée du [Manuel Merck](#)).

Érythème migrant, érythème noueux, dermatose neutrophilique de Sweet

Pathologies qui se présentent sous forme d'érythème séparé par des espaces de peau saine ou érythème annulaire.

Herpès cutané ou zona

Présence de vésicules de quelques millimètres regroupées sur une base érythémateuse. Dans le cas du zona, la distribution sera dermatomale.

Panniculite au froid

Une induration circulaire avec perte de sensibilité habituellement localisée sur les joues et pouvant survenir après une exposition de quelques minutes à un temps glacial et venteux.

Phlébite superficielle

Un érythème avec induration douloureuse le long d'un trajet veineux.

Piqûre d'insecte

Un œdème et un érythème avec point central. Prurigineux, afébrile, peu ou pas douloureux et parfois accompagné d'une vésicule ou d'une ecchymose sous-cutanée mineure.

Réaction vaccinale

Elle survient souvent dans les 24 premières heures suivant la vaccination. L'absence de fièvre et le bon état général de la personne orientent plutôt vers une réaction vaccinale. La douleur est souvent peu importante par rapport à l'étendue de la zone érythémateuse.

Syndrome d'épidermolyse staphylococcique

Lésion superficielle qui inclut des phlyctènes et une éruption cutanée exfoliative. La peau environnante est douloureuse et érythémateuse. Les lésions se propagent aux autres régions rapidement (définition adaptée de Horner *et al.* (2021) et du [Manuel Merck](#)).

INTRODUCTION

Problématique

La cellulite infectieuse, qui inclut aussi l'érysipèle, est une infection généralement bactérienne de la peau et des tissus sous-jacents à la suite d'une brèche de la barrière cutanée. Elle est principalement causée par les streptocoques β -hémolytiques si l'infection est superficielle et par le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) si l'infection est plus profonde (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; NICE, 2019). Une étiologie pluribactérienne peut aussi être suspectée dans des circonstances particulières telles qu'une blessure liée à l'immersion prolongée, les morsures animales ou humaines ou une cellulite infectieuse d'origine sinusale ou dentaire (BPACnz, 2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; RCHM, 2020). À défaut d'un traitement rapide de la cellulite infectieuse, une fasciite nécrosante, une septicémie ou une méningite (dans certains des cas de cellulite faciale) peut se déclarer (CREST, 2005; Sartelli *et al.*, 2022). Bien qu'au Canada le nombre de décès causés par la cellulite infectieuse soit faible, il a augmenté de près de 56 % de 2019 à 2023, tous âges confondus, selon les données les plus récentes de Statistique Canada (Statistique Canada, 2025).

L'antibiothérapie, pilier du traitement, suscite depuis plusieurs années des préoccupations en raison de la résistance bactérienne (BPACnz, 2025; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2024; HAS, 2025; Horner *et al.*, 2021; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Yadav *et al.*, 2024b). L'antibiorésistance représente un fardeau économique canadien dont l'estimation varie de 143,8 millions à 272 millions de dollars en 2019, selon l'Agence de la santé publique du Canada (Diener *et al.*, 2022). Les dernières données du système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens indiquaient qu'en 2022, plus de 15 % d'isolats sanguins ou urinaires comportaient du *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) résistant à la méthicilline (SARM) ou à la cloxacilline, plus de 22 % de ces isolats renfermaient du *S. aureus* résistant à la ciprofloxacine et près de 1 % contenait du *S. aureus* insensible à la vancomycine (Gouvernement du Canada, 2024). Bien que le SARM soit majoritairement à transmission communautaire et à l'origine d'environ 70 % des bactériémies entre 2023 et 2024 au Québec (INSPQ, 2024), il est une cause inhabituelle de cellulite infectieuse (Sartelli *et al.*, 2022).

Contexte de l'amorce des travaux

En octobre 2017, l'INESSS a publié des recommandations pour soutenir le diagnostic et la prise en charge de la cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant. Ces recommandations et repères cliniques ont été repris au sein de deux outils cliniques d'aide à la décision. Depuis la publication, plusieurs sociétés savantes et agences de la santé ont formulé des recommandations suggérant une évolution de la pratique. De plus, comme l'INESSS a entrepris en 2024-2025 une refonte complète de son outil sur l'usage optimal des antibiotiques pour traiter l'infection du pied diabétique et a publié en 2023 des recommandations sur la prise en charge clinique des morsures humaines et

animales dans ses travaux sur les plaies traumatiques, l'Institut a jugé pertinent de revisiter les recommandations sur la cellulite infectieuse, et ce, autant chez l'adulte que chez l'enfant, tout en précisant l'âge et le poids des populations cibles.

Les présents travaux s'inscrivent dans la volonté de l'Institut de formuler des recommandations actuelles et en cohérence avec les plus récentes données scientifiques et tendances en matière de bonne pratique, notamment en antibiogouvernance.

Objectifs

- Actualiser les informations et les recommandations publiées en octobre 2017 sur le diagnostic et le traitement pharmacologique de la cellulite infectieuse, et ce, en cohérence avec les plus récents travaux de l'Institut en antibiothérapie.
- Favoriser une utilisation judicieuse des analyses de biologie médicale et des antibiotiques, et limiter le recours à des pratiques non cliniquement pertinentes.

Livrables

En plus du présent rapport sur le *Guides et normes*, les deux outils cliniques sur le traitement optimal de la cellulite infectieuse chez les adultes et les enfants ont été mis à jour.

Précision sur la portée des travaux

En raison de la portée du mandat initial ou encore de travaux complémentaires effectués en parallèle ou antérieurement par l'INESSS, les éléments suivants sont à noter :

- Aucune revue systématique de novo d'études primaires ou revue de revues systématiques sur les traitements ni revue de la littérature scientifique sur la perspective des patients et les aspects organisationnels et éthiques;
- Aucune recommandation sur la prise en charge clinique et le traitement des conditions suivantes :
 - fasciites nécrosantes;
 - infection du pied diabétique;
 - cellulites infectieuses préseptales (périorbitaires) non traitables en première ligne et cellulites infectieuses orbitales;
 - cellulites infectieuses avec une suspicion de pathogènes inhabituels
 - blessure lorsqu'immersion dans l'eau,
 - cellulites infectieuses postchirurgicales;
 - cellulite infectieuse chez un nouveau-né;
 - plaies traumatiques autres que les morsures humaines et animales;
 - cellulite infectieuse durant la grossesse et l'allaitement;
 - ostéomyélite;
 - abcès qui ne sont pas associés à une cellulite infectieuse.

- Aucune recommandation sur l'antibioprophylaxie en prévention d'une cellulite infectieuse récidivante;
- Aucune analyse économique et d'impact budgétaire à l'égard de l'application des nouvelles recommandations d'analyse de biologie médicale ou de traitement se trouvant dans les listes de médicaments;
- Aucune recommandation *de novo* sur l'organisation des soins et des services, y compris les aspects liés à l'implantation et au déploiement des recommandations.

Certaines considérations ou certains enjeux en lien avec les aspects exclus ont été toutefois relevés dans l'analyse de la littérature grise ainsi que lors des consultations auprès des différentes parties prenantes et ont fait l'objet de certaines pistes d'amélioration, le cas échéant.

Les morsures humaines et animales ayant fait récemment l'objet de travaux au sein de l'INESSS (2024), la revue de la littérature sur le sujet a inclus les documents publiés après la vigie réalisée en juin 2023 pour s'assurer que les travaux s'arriment avec les plus récentes recommandations. Ces dernières ont été rapatriées dans les présents travaux, car aucune mise à jour n'a été jugée nécessaire à l'issue d'une recherche préliminaire de littérature lors des présents travaux.

1 CADRE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Dans l'optique d'atteindre les objectifs anticipés par les présents travaux, l'évaluation s'est concentrée autour de la question décisionnelle suivante :

- Est-ce que les modalités de pratique relatives à la prise en charge et au choix de l'antibiothérapie chez une personne présentant une cellulite infectieuse ont changé depuis la publication de l'outil d'aide à la décision, en octobre 2017?

Les dimensions populationnelle¹ et clinique² sont au cœur de la présente évaluation. Les considérations organisationnelle³, économique⁴ et socioculturelle⁵ ont également été prises en considération, de même que les enjeux environnementaux et éthiques, mais sans toutefois faire l'objet d'une analyse approfondie.

1.1 Cadre d'évaluation

Le cadre d'évaluation a été bâti selon la nature du mandat et en tenant compte des éléments du modèle PIPOH⁶.

Populations d'intérêt	▪ Personnes (adultes ou enfants) présentant des symptômes et des signes suggestifs d'une cellulite infectieuse
Interventions⁷ ciblées	▪ Démarche diagnostique ▪ Indications et modalités d'usage de l'antibiothérapie ▪ Suivi ▪ Critères de consultation en médecine spécialisée ou à l'urgence
Porteurs de l'intervention	▪ Médecins, médecins résidents, infirmières praticiennes spécialisées, pharmaciens
Objectifs poursuivis par les interventions ciblées	▪ Diagnostic, traitement, suivi
Contexte/milieu d'utilisation des interventions	▪ Première ligne ▪ Deuxième ligne non spécialisée ▪ Services spécialisés en médecine interne et/ou en microbiologie-infectiologie, en dentisterie, en dermatologie, en oto-rhino-laryngologie

¹ Contribuer à un meilleur état de santé et de bien-être pour la population dans un souci d'équité.

² Améliorer la santé et le bien-être des usagers et usagères.

³ S'insérer dans le contexte organisationnel des soins et des services d'une façon qui contribue à renforcer le système de santé et de services sociaux.

⁴ Optimiser l'utilisation des ressources pour leur gestion responsable et durable.

⁵ S'insérer dans le contexte de la société québécoise d'une façon qui favorise son évolution vers le bien commun.

⁶ Population, interventions d'intérêt [aspects à consigner], professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif poursuivi par les interventions ciblées [*outcome* – dépistage, diagnostic, traitement, suivi], et le milieu/contexte clinique où s'appliquent les interventions [*health care setting*].

⁷ Comprend les tests, procédures, dispositifs, équipements, médicaments, thérapies cellulaires et géniques et les modes d'intervention, d'organisation et de gouvernance.

1.2 Méthodologie sommaire

1.2.1 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à mettre à jour pour formuler des recommandations sur la démarche clinique, la conduite thérapeutique, le suivi et la référence en médecine spécialisée, et ce, de façon à couvrir les dimensions de l'[Énoncé de principes](#) en soutien au jugement de valeur.

Les éléments présentés dans le [tableau 1](#) ont-ils évolué depuis 2017?

Tableau 1 Questions d'évaluation par dimension en soutien au jugement de valeur

DIMENSION	QUESTIONS D'ÉVALUATION
 Populationnelle	Facteurs de risque 1. Quels sont les facteurs de risque (p. ex. autres pathologies cutanées, comorbidités) qui favorisent le développement ou la récurrence des cellulites infectieuses? Diagnostic 2. Quelles sont les principales manifestations cliniques (signes et symptômes) de la cellulite infectieuse? 3. Quels sont les critères diagnostiques permettant de distinguer une cellulite infectieuse d'autres pathologies ou atteintes cutanées?
 Clinique	Modalités de pratique 4. Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques dans la population pédiatrique et adulte au regard : a) de la démarche diagnostique suivie en soins de première ligne? b) des traitements de soutien (p. ex. anti-inflammatoires, élévation du membre atteint, utilisation de bandages de compression)? c) des traitements antibiotiques avec indication selon les différentes populations (p. ex. allergies aux bêta-lactamines, à risque de résistance, avec des effets indésirables, etc.), la posologie, la teneur et la durée du traitement pour les adultes (ou 40 kg et plus) et les enfants (ou moins de 40 kg)? d) du suivi et des raisons de consultation en milieux spécialisés (définir quand le suivi est nécessaire, quand orienter le patient vers un spécialiste)? e) des mesures de prévention à appliquer pour éviter la récurrence des cellulites infectieuses? 5. Quelles sont les informations essentielles à communiquer à la personne atteinte d'une cellulite infectieuse ou à un parent afin de soutenir la compréhension de l'infection et son évolution, l'adhésion au traitement (p. ex. traitement de soutien, antibiothérapie), la prévention des complications, la capacité à reconnaître les situations nécessitant une nouvelle consultation et le bon usage des antibiotiques et leur élimination?
 Organisationnelle	6. Quels sont les enjeux organisationnels en matière de ressources humaines, matérielles et financières relatifs à la démarche diagnostique et à l'antibiothérapie pour traiter une cellulite infectieuse, de même qu'au suivi et à la prévention des récurrences de l'infection?

1.2.2 Mobilisation des savoirs

La méthodologie complète pour mener à terme ces travaux a été décrite dans l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

Type de revue de la littérature : Revues systématiques de guides de pratiques cliniques, de lignes directrices et de positions d'autres organisations. Revues narratives pour consigner les aspects clés ciblés des dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle, puis des considérations environnementales.

Base de données consultées : MEDLINE, Embase et Cochrane Database of Systematic Reviews.

Autres sources de données : Sites Web d'associations et de sociétés savantes, moteurs de recherche Google et Google Scholar, sites Web des gouvernements fédéraux, territoriaux, provinciaux et paragouvernementaux, sites Web d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec, sites Web de Santé Canada, monographies, ouvrage de référence médicale. La consultation initiale a été menée en avril 2025, et une vigie informationnelle a été effectuée jusqu'en mai 2026.

Consultation de parties prenantes : Un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet pour recueillir des savoirs expérientiels et des perspectives populationnelles, cliniques et organisationnelles, puis pour apprécier la littérature scientifique et les données analysées de même que les pratiques d'autres juridictions. Les spécialités représentées à ce comité étaient la médecine familiale en GMF, la médecine spécialisée (p. ex. médecine d'urgence, médecine carcérale, microbiologie-infectiologie, la pédiatrie-infectiologie), la dentisterie, la pharmacie (communautaire et en établissement de santé) et les soins infirmiers. La perspective usagère/citoyenne sur l'information à transmettre concernant la gestion de leur infection (p. ex. progression normale attendue, signaux d'alarme, nécessité d'une antibiothérapie, durée du traitement) a aussi été intégrée, y compris celle sur les impacts environnementaux associés.

1.2.3 Intégration des savoirs en soutien à la création de valeur

Les informations colligées ont été intégrées au sein d'une analyse sommaire en s'appuyant sur l'[Énoncé de principes et fondements éthiques](#) de l'INESSS. Basés sur l'appréciation de l'ensemble de la preuve tenant compte des données scientifiques, des recommandations des guides de pratique clinique retenus, d'éléments contextuels et de perspectives de parties prenantes consultées, des repères cliniques clés et des recommandations ont été proposés aux membres du comité consultatif. Ces derniers ont été invités à les bonifier, à les modifier ou à en suggérer de nouveaux. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées avec quatre lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt, qui ont été invités à partager leur perspective en plus d'évaluer la pertinence du contenu, la faisabilité des recommandations et la qualité scientifique globale des travaux. Pour ces travaux de mise à jour, la perspective des futurs utilisateurs n'a pas été recueillie.

2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

2.1 Mise à jour et nouveautés

Les modifications effectuées en 2026 sont présentées ci-dessous. Le maintien, la mise à jour, le retrait ou l'ajout de repères et de recommandations cliniques repose sur la triangulation des données colligées depuis la publication initiale. À noter que l'information des cinq guides de pratique clinique retenus dans la version 2017 a été conservée lorsque pertinent et les nouvelles références (N = 21) y ont été ajoutées lorsque la cohérence entre les sources était observée.

Tableau 2 Modifications à l'issue des travaux 2025-2026

Sections	Modifications effectuées en 2026
2.3 Étiologie	Mise à jour des agents pathogènes inhabituels trouvés dans les cellulites infectieuses en cas de morsures animales communes et humaines, de blessure immergée et de personne neutropénique
2.4 Facteurs de risque	Mise à jour de la section suivante : 2.4.1 Facteurs de risque
2.5 Démarche diagnostique	Mise à jour des sections suivantes : 2.5.1 Symptômes et signes cliniques 2.5.2.1 Évaluation de la sévérité de l'infection 2.5.4 Diagnostic différentiel
2.6 Principes de traitement	Mise à jour de la section suivante : 2.6.2 Traitements de soutien Nouvelle section : 2.6.3 Allergies à une <i>pénicilline</i>
2.7 Antibiothérapie	Mise à jour générale
2.8 Durée de l'antibioprophylaxie et de l'antibiothérapie	Mise à jour générale
2.10 Mesures préventives	Nouvelle section
2.11 Consultation en milieux spécialisés	Mise à jour générale

2.2 Généralités

La cellulite infectieuse est une infection bactérienne aiguë touchant principalement les vaisseaux lymphatiques dermiques et les tissus sous-cutanés après une fissure ou un affaiblissement de la peau. Les signes cliniques caractéristiques de la cellulite infectieuse proviennent du recrutement des neutrophiles, de la production de cytokines et de la prolifération des kératinocytes pour éliminer les organismes exogènes dans la zone infectée (Brown *et al.*, 2025; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, The

Royal Children's Hospital Melbourne). Cette réponse inflammatoire contribue aussi à la formation d'abcès – une cavité remplie de pus qui protège le tissu sain en confinant l'infection par la déposition de fibrine autour du site infecté (Cheng *et al.*, 2011).

Dans la pratique, que ce soit au Québec ou ailleurs, la cellulite infectieuse et l'érysipèle sont regroupés sous la seule appellation « cellulite infectieuse », car leurs nombreuses similitudes cliniques complexifient leur distinction clinique, selon les parties prenantes consultées et plusieurs documents retenus (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; Kilburn *et al.*, 2010; Queensland Health, 2022). D'ailleurs, les traitements pour ces deux conditions sont souvent similaires, ce qui a permis de faire ce regroupement dans les présents travaux (Sartelli *et al.*, 2022).

La cellulite infectieuse peut être observée sur l'ensemble des surfaces cutanées, quoiqu'une majorité des cas soit observée sur les jambes (70 à 80 % des cas) ou sur le visage (5 à 10 % des cas) (Blum *et al.*, 2013; Hirschmann et Raugi, 2012; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022).

Pour les besoins des travaux, la cellulite infectieuse apparaissant dans des circonstances particulières – survenant après une morsure, périorbitaire d'origine sinusale et d'origine dentaire – a été incluse. À noter que celle qui est liée à une [morsure animale commune ou à une morsure humaine](#) a fait l'objet de travaux à l'INESSS en 2024 et que la majorité des sections, particulièrement celle des traitements, a été reconduite dans ce rapport.

QUOI RETENIR SUR LA CELLULITE INFECTIEUSE

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

- La cellulite infectieuse peut être observée sur l'ensemble des surfaces cutanées, mais la majorité des cas est observée sur les jambes.
- La cellulite infectieuse et l'érysipèle sont regroupés sous la seule appellation « cellulite infectieuse », car leurs nombreuses similitudes cliniques complexifient leur distinction.

2.3 Facteurs de risque

Peu de changements dans les facteurs de risque ont été notés entre la version 2017 et les dix nouveaux documents retenus, dont deux guides de pratique clinique (GPC) qui présentent l'information sur ce sujet (Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Palmer, 2020; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2020).

Les facteurs de risque de développer une cellulite infectieuse ou de récidiver peuvent être regroupés en deux grandes catégories, selon la littérature et les parties prenantes consultées :

Facteurs associés à un affaiblissement de la barrière cutanée ou agissant comme un réservoir potentiel de bactéries

- La présence d'une blessure ou d'une plaie qui tombe dans la catégorie de bris cutané (Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014). Une plaie traumatique, y compris le piercing, et, souvent méconnue, une ancienne cicatrice (p. ex. une cicatrice de saphénectomie) sont des portes d'entrée fréquemment observées, selon certaines parties prenantes consultées.
- La présence de problèmes cutanés (p. ex. eczéma) (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020). D'autres problèmes cutanés ont été répertoriés dans la littérature plus récente, dont l'herpès (Davies *et al.*, 2021; Sartelli *et al.*, 2022), le psoriasis (Davies *et al.*, 2021), l'intertigo (HAS, 2019) et la dermatose (HAS, 2019; Health PEI, 2023). Les cliniciens consultés ont précisé que toutes les lésions de grattage peuvent mener au développement d'une cellulite infectieuse.
- Des fissures ou des macérations interdigitales (p. ex. *tinea pedis*) (CRNS, 2022a; Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014).
- Un problème d'hygiène ou de négligence (Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021).
- Un problème dentaire (CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021).
- L'injection de produits souillés (p. ex. toxicomanie IV ou procédures cosmétiques) (Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019). Selon les parties prenantes consultées travaillant auprès d'une population toxicomane (p. ex. milieu carcéral, soins d'urgence de personnes itinérantes), l'injection de substances mène fréquemment au développement d'abcès et de cellulites infectieuses.

Facteurs associés à une comorbidité et/ou à des problèmes circulatoires

- Une insuffisance veineuse et un historique de cellulite ou de chirurgie touchant le drainage lymphatique (CRNS, 2022a; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022).
- La présence d'œdème (particulièrement un lymphœdème) (HAS, 2019; Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022).
- Le diabète non contrôlé (CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; Palmer, 2020; Sartelli *et al.*, 2022).
- L'immunosuppression (Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Palmer, 2020). Lorsqu'en association à la varicelle chez l'enfant, celle-ci est un terrain singulièrement propice au développement de la cellulite infectieuse (HAS, 2019). Les maladies auto-immunes, la leucémie, le lymphome, le VIH ainsi que les traitements immunosuppresseurs tels que les médicaments post-greffe, la chimiothérapie et la

radiothérapie rendent les personnes plus susceptibles à l'infection opportuniste (Davies *et al.*, 2021; Palmer, 2020).

- Un antécédent de cellulite infectieuse (Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014). L'historique de cellulite infectieuse est un facteur de risque majeur pour la récurrence de cette infection, car les personnes présentant un épisode antérieur de cellulite, particulièrement à la jambe, ont un taux annuel de récurrence de 8 à 20 % (Stevens *et al.*, 2014).
- D'autres facteurs de risque répertoriés dans la littérature mèneraient indirectement au développement de la cellulite infectieuse, selon les parties prenantes consultées. L'âge avancé est peu discriminant dans le diagnostic différentiel non infectieux, car il est lié à la barrière cutanée fragilisée, à l'immunosénescence ou à la présence d'autres comorbidités (CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; Sartelli *et al.*, 2022). Un historique de cancer implique surtout l'apparition du lymphœdème causé par un drainage lymphatique inadéquat (Stevens *et al.*, 2014). De même, l'obésité, le tabagisme, l'itinérance et le statut socioéconomique défavorable ne suscitent pas directement l'apparition d'une cellulite infectieuse, bien qu'ils soient rapportés comme des facteurs de risque dans plusieurs documents consultés (Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Stevens *et al.*, 2014). Le statut vaccinal incomplet, notamment dans la population pédiatrique exposée à de l'eau insalubre, ou l'absence de protection contre *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) peuvent aggraver la cellulite périorbitaire chez les enfants, mais n'est pas une cause directe (Carazo Gallego *et al.*, 2025; RCHM, 2021).

Il faut souligner que les personnes fragiles (immunosuppression, terrain débilisé, personne âgée, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, etc.) risquent plus de développer une forme grave (ou compliquée) de la cellulite infectieuse (HAS, 2019).

Selon la perspective des cliniciens, peu de facteurs de risque répertoriés dans la littérature concernent la population pédiatrique, à l'exception des blessures, des problèmes cutanés (p. ex. eczéma ou autre dermatose, lésions de grattage, varicelle, ongle incarné), de l'immunosuppression et des problèmes dentaires non corrigés. De plus, le *tinea pedis* est rare chez les enfants, mais peut être fréquemment observé chez les adolescents, d'après leur expérience.

QUOI RETENIR SUR LES FACTEURS DE RISQUE

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

Adulte

- Les facteurs de risque pour le développement d'une cellulite infectieuse sont catégorisés en deux groupes :
 - Porte d'entrée ou réservoir potentiel : bris cutané (p. ex. plaie traumatique), problème cutané (p. ex. eczéma ou autre dermatose, lésions de grattage, cicatrice ancienne), fissures et macération interdigitale (p. ex. *tinea pedis*), problème d'hygiène ou de négligence, problème dentaire, injection de substances.
 - Comorbidité et autres facteurs : insuffisance veineuse ou artérielle, lymphœdème, diabète non contrôlé, immunosuppression, antécédent de cellulite infectieuse. À noter que l'âge avancé peut contribuer à fragiliser la barrière cutanée par l'immunosénescence ou la présence d'autres comorbidités.

Enfant

- Porte d'entrée ou réservoir potentiel : blessure (p. ex. plaie traumatique, problème cutané (p. ex. eczéma ou autre dermatose, varicelle, lésions de grattage), fissures et macération interdigitale (p. ex. ongle incarné, *tinea pedis*), problème dentaire.
- Comorbidité et autres facteurs : immunosuppression.

2.4 Démarche diagnostique

2.4.1 Symptômes et signes suggestifs de la cellulite infectieuse

Les symptômes et signes de la cellulite infectieuse publiés en 2017 correspondent à ceux trouvés dans les documents retenus pour cette mise à jour. L'apparition aiguë des quatre signes cardinaux de l'inflammation, soit l'**érythème**, l'**œdème**, la **chaleur** et la **douleur**, est cruciale dans le diagnostic de la cellulite infectieuse, d'après les cliniciens consultés et l'information tirée de la littérature (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Homer *et al.*, 2021; Health PEI, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; RCHM, 2021; Yadav *et al.*, 2024a). Cette infection est parfois accompagnée de nausées, de vomissements, de frissons, d'anorexie ou de malaise avant l'apparition de signes cutanés, ce qui est corroboré par les parties prenantes consultées.

D'autres symptômes corroborés par l'expérience des cliniciens peuvent survenir quelques heures avant l'apparition des signes cutanés, dont la présence d'une induration ou de fluctuance (signe d'une accumulation de liquide), une sensibilité de l'œdème, une lymphangite et une inflammation ganglionnaire locale, une apparence de peau d'orange, la présence de vésicules, de bulles ou d'hémorragie cutanée sous la forme de pétéchies ou d'ecchymoses ainsi que la présence de symptômes systémiques normalement légers

incluant fièvre, confusion, rythme cardiaque accru, hypotension et leucocytose (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Yadav *et al.*, 2024a). Selon l'expérience clinique, la traînée rouge – traînée de lymphangite –, la présence d'une hypergranulation ou, pour distinguer une dermatite de stase, une différence de température entre les deux jambes sont possibles lors d'une cellulite infectieuse. Chez les personnes âgées, la zone infectée peut paraître brillante, selon le guide australien, mais cet aspect serait peu pertinent dans la pratique au Québec et pour la population qui y est soignée (Queensland Health, 2022). Dans une forme plus grave de la cellulite infectieuse, des vésicules hémorragiques apparaissent (Queensland Health, 2022). Quelques auteurs et les parties prenantes consultées rappellent que la cellulite infectieuse est majoritairement unilatérale (HAS, 2019; Health PEI, 2023; Queensland Health, 2022).

QUOI RETENIR SUR LES SYMPTÔMES ET LES SIGNES SUGGESTIFS

De l'appréciation globale de la preuve découle le constat suivant qui s'applique, peu importe l'âge :

- Le diagnostic de la cellulite infectieuse est basé sur les observations cliniques suivantes :
 - Généralement unilatérale sur extrémité;
 - Apparition aiguë;
 - Érythème continu sans peau saine à l'intérieur – une traînée de lymphangite évoque fortement une cellulite infectieuse;
 - Œdème, chaleur, douleur, induration – une différence de température est possible entre les deux jambes;
 - Possibilité de fièvre, de nausées, de vomissements, de frissons, de malaise ou d'inappétence avant l'apparition de signes cutanés.

2.4.2 Évaluation clinique

Dans la pratique, une démarche séquentielle est généralement suivie lors de l'évaluation clinique de la personne présentant une cellulite infectieuse. Elle comprend généralement :

- l'évaluation de l'état général de la personne et la vérification de la présence de signaux d'alarme;
- l'identification de la source de l'infection;
- la recherche d'événements ou de causes suggérant des agents pathogènes inhabituels;
- la discrimination entre les indices qui évoquent une cellulite infectieuse et ceux qui suggèrent des diagnostics différentiels;

- la palpation de la région atteinte afin d'évaluer la sensibilité de la peau, la profondeur de l'infection, la fermeté des tissus et la présence d'une zone fluctuante (indice d'une collection purulente sous-jacente possible) ou d'une zone de crépitements (signes d'une fasciite nécrosante);
- la détermination de la sévérité et de la complexité de l'infection;
- le marquage du contour ou la photographie de la zone infectée pour en suivre l'évolution.

Les sections suivantes détaillent chacune de ces étapes.

2.4.2.1 Évaluation de l'état général et vérification de la présence de signaux d'alarme

La première étape est l'évaluation de l'état général de la personne pour la diriger vers les urgences, au besoin, en présence notamment de signaux d'alarme (Palmer, 2020). Il convient aussi de recueillir l'historique des comorbidités (p. ex. maladie vasculaire athérosclérotique périphérique, obésité morbide, immunosuppression), surtout chez les personnes d'âge avancé (Queensland Health, 2022). Les signaux d'alarme sont décrits dans les sous-sections ci-dessous.

Fasciite nécrosante

La fasciite nécrosante est une situation clinique des plus urgentes et représente le principal type d'infection à suspecter en présence de symptômes et de signes de cellulite infectieuse, selon l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) et les parties prenantes consultées (Stevens *et al.*, 2014). Elle est particulièrement présente en milieu carcéral et de plus en plus fréquente dans la population générale au Québec. Dans la pratique, elle est décrite comme une infection bactérienne de progression fulminante (en quelques heures), une nécrose ou une décoloration cutanée accompagnée parfois d'un écoulement fluide et nauséabond. La personne est généralement en état de choc et elle présente une tachycardie, une hypotension, de la diarrhée et un érythème sans marges franches (INESSS, 2024a). Plusieurs GPC retenus, et appuyés par les parties prenantes consultées, caractérisent aussi la fasciite nécrosante profonde par la présence d'une douleur disproportionnée par rapport à la lésion observée, une anesthésie cutanée, des signes inflammatoires avec une tuméfaction sous-cutanée (p. ex. une induration marquée du tissu sous-cutané), la présence de phlyctènes hémorragiques ou de gaz dans les tissus (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; INESSS, 2024a; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020). L'anesthésie cutanée est peu déterminante sur le plan clinique de la fasciite nécrosante, selon les discussions. Différents marqueurs métaboliques avaient été extraits de la littérature scientifique retenue en 2017 (créatinine et créatinine phosphokinase élevée, faible niveau de bicarbonate sérique, déviation à gauche marquée, protéine C réactive > 13 mg/L) (Nassisi et Oishi, 2012). Les résultats de ces marqueurs peuvent appuyer le diagnostic de la fasciite nécrosante à l'aide du score *Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis* (LRINEC), dont l'utilisation repose sur une validation clinique encore incomplète en date de mars 2026. Toutefois, en prenant

en compte la progression fulgurante de la fasciite nécrosante, les délais pour obtenir les résultats des analyses sanguines limitent l'utilité de ces analyses aux cas précoces de la maladie, selon les parties prenantes consultées.

Cellulite orbitaire

La complication la plus fréquente des rhinosinusites bactériennes aiguës est la cellulite préseptale (périorbitaire), laquelle touche les tissus antérieurs au septum orbitaire (préseptal) sans impliquer le globe oculaire (Baring et Hilmi, 2011; Chrisochos *et al.*, 2023; RCHM, 2021; Uspal et Agrawal, 2008). Quand l'infection se propage dans l'espace orbitaire (rétroseptal) et touche les tissus postérieurs au septum orbitaire, une augmentation de la pression intraorbitaire peut très rapidement atteindre le nerf optique et mener à la cécité (Baring et Hilmi, 2011; Chrisochos *et al.*, 2023). La présentation clinique d'une cellulite orbitaire dans sa phase plus précoce peut être semblable à une cellulite préseptale. La distinction entre ces deux cellulites est donc cruciale pour assurer la prise en charge optimale de la personne. Il est généralement plus prudent pour les cliniciens de première ligne de ne traiter que la cellulite préseptale très légère et de rediriger la personne si l'infection est plus développée, selon les parties prenantes consultées. Les cas simples de cellulite préseptale sont caractérisés par un œdème et un érythème léger unilatéral de la paupière, de la fièvre, l'absence de douleurs orbitaires importantes, une bonne ouverture de l'œil, des mouvements extraoculaires normaux et non douloureux, une vision normale (acuité, champs, couleurs), l'absence de proptose et de chémosis et un bon état général de la personne, tels qu'ils sont présentés dans la version 2017 des travaux (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021). Certains auteurs précisent qu'une paupière ouverte à plus de la moitié de l'œil pourrait permettre de reconnaître les cas légers de cellulite préseptale (Wald *et al.*, 2013). Étant donné la progression souvent plus rapide des cellulites infectieuses d'origine dentaire étendues à l'œil menant à une cellulite préseptale, la présence d'une histoire récente de traitement dentaire chez l'adulte nécessite une consultation immédiate en milieu hospitalier, selon les parties prenantes consultées. Les problèmes dentaires ne sont toutefois pas un enjeu dans les cas de cellulite préseptale chez la population pédiatrique.

La cellulite orbitaire nécessite une consultation urgente en milieu hospitalier, voire une hospitalisation. Huit documents retenus, dont deux spécialisés en urgence hospitalière pédiatrique et trois dans la prise en charge de la rhinosinusite, abordent l'atteinte orbitaire (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; Desrosiers *et al.*, 2011; Rosenfeld *et al.*, 2015; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2021; Wald *et al.*, 2013). Elle est soupçonnée lorsque la cellulite infectieuse est localisée près de l'œil et est associée à :

- de la fièvre et à une douleur importante (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021). Toutefois, la fièvre est peu discriminante d'autres infections, selon les parties prenantes consultées;
- de la difficulté ou une impossibilité à ouvrir l'œil, ce qui rend l'évaluation difficile, et à des mouvements extraoculaires limités ou douloureux (Chrisochos *et al.*, 2023; Desrosiers *et al.*, 2011; Rosenfeld *et al.*, 2015; RCHM, 2021; Wald *et al.*, 2013);

- un chémosis (Chrisochos *et al.*, 2023; Desrosiers *et al.*, 2011; Rosenfeld *et al.*, 2015; Sartelli *et al.*, 2022);
- de la proptose (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2021);
- une vision double (ce qui peut suggérer une atteinte du nerf optique), selon des parties prenantes consultées et certains documents retenus (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Horner *et al.*, 2021; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2021; Wald *et al.*, 2013);
- un défaut pupillaire afférent relatif (Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021).

Les symptômes et les signes d'une atteinte étendue plus sévère d'une cellulite préseptale (périorbitaire) ou orbitaire peuvent inclure aussi une somnolence croissante, des vomissements persistants, une faiblesse des membres, des problèmes de coordination, un méningisme et des maux de tête sévères et persistants malgré un traitement analgésique (CRNS, 2022a; Horner *et al.*, 2021; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2021).

Atteinte systémique

Une hospitalisation est généralement requise en présence d'une :

- altération générale persistante (BPACnz, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Yadav *et al.*, 2024a);
- infection grave (signes systémiques, instabilité hémodynamique – persistance de tachycardie, de tachypnée et d'hypotension –, septicémie, choc toxique, léthargie, lymphangite, fièvre), selon plusieurs documents et les parties prenantes consultées (BPACnz, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Yadav *et al.*, 2024a). La lymphangite semble constituer un critère moins pertinent que les autres pour justifier une hospitalisation, selon certaines parties prenantes.

Autres conditions à plus haut risque de complication

L'orientation urgente vers le milieu hospitalier est requise pour la cellulite infectieuse qui :

- progresse rapidement (HAS, 2019; Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Queensland Health, 2022; RCHM, 2020; Wilson et Caglar, 2013);
- est complexe, quelle que soit son origine, surtout lorsqu'elle est associée à un risque de décompensation ou de complication des comorbidités (p. ex. immunosuppression, diabète déséquilibré, comorbidités multiples, insuffisance rénale ou hépatique, maladie vasculaire athérosclérotique périphérique) (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; HAS, 2019;

Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2020; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). L'IDSA précise que l'immunosuppression sévère est un signal d'alarme (Stevens *et al.*, 2014);

- peut comprimer les voies respiratoires par l'œdème cellulitique occasionné (Chrisochos *et al.*, 2023; Queensland Health, 2022; RCHM, 2020). Des signes de dyspnée ou de dysphagie en cas de cellulite cervico-faciale sont donc à considérer comme des signaux d'alarme, selon les parties prenantes consultées. Cet aspect inclut la cellulite d'origine dentaire, dont l'œdème sublingual peut entraîner une difficulté à avaler ou à fermer l'œil, la difficulté à ouvrir la bouche et à sortir la langue, les fistules extraorales et l'œdème du maxillaire supérieur atteignant la paupière inférieure, selon les spécialistes en dentisterie consultés et un document (Palmer, 2020). La présence de trismus est aussi un signe d'alarme lorsqu'associé à l'infection dentaire (Choosing wisely Canada, 2024; Palmer, 2020);
- est de type préseptal (périorbitaire) grave (RCHM, 2021) ou sur un membre ischémique (INESSS, 2024a) ou est associée à une traînée de lymphangite ou à une nécrose, selon les parties prenantes consultées. Il faut surveiller l'apparition d'abcès, de pus ou de lymphangite, en plus de vérifier la présence d'un corps étranger dans la cellulite et d'évaluer les risques d'une infection au SARM (RCHM, 2020).

Localisation ou atteinte plus profonde suspectée

Une atteinte centrofaciale (« triangle dangereux de la mort » localisé au niveau du nez et/ou de la lèvre supérieure) requiert une plus grande prudence dans la prise en charge de la personne étant donné la progression souvent plus rapide de ce type d'infection. Dans ce cas, un traitement plus énergique malgré une apparence « banale » de l'infection est généralement suivi dans la pratique. La cellulite infectieuse localisée à la main, au pied ou dans la région périnéale requiert aussi une attention particulière (Chrisochos *et al.*, 2023; Queensland Health, 2022; RCHM, 2020). La profondeur de l'infection et la présence de complications (p. ex. ténosynovite) ou une suspicion d'atteinte articulaire ou d'ostéomyélite sont aussi des signaux d'alarme, selon des parties prenantes consultées.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – URGENCE HOSPITALIÈRE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Une consultation en milieu hospitalier est requise en présence des affections suivantes :
 - Fasciite nécrosante caractérisée par de la douleur exquise ou disproportionnée ou extrême même au repos, signes inflammatoires avec tuméfaction sous-cutanée et présence de gaz sous-cutané (crépitements) et de phlyctènes hémorragiques, une nécrose ou décoloration cutanée et un écoulement fluide et nauséabond et une progression fulminante.
Note : Condition particulièrement présente en milieu carcéral et de plus en plus fréquente dans la population générale.
 - Atteinte orbitaire suspectée par une douleur importante, des mouvements extraoculaires limités ou douloureux, de la difficulté ou l'impossibilité à ouvrir l'œil, un chémosis, une proptose, un trouble de la vision et une histoire récente de traitement dentaire (population pédiatrique exclue), rhinosinusite concomitante.
 - Atteinte systémique :
 - Altération importante et/ou persistante de l'état général
 - Cellulite grave – instabilité hémodynamique, fièvre ou hypothermie, tachycardie, tachypnée, hypotension
 - Autres conditions à plus haut risque de complications :
 - Progression rapide
 - Signes de dyspnée ou dysphagie, œdème sublingual, difficulté à ouvrir la bouche et à sortir la langue, fistules extraorales ou œdème du maxillaire supérieur atteignant la paupière inférieure (cellulite cervico-faciale)
 - Cellulite préseptale (périorbitaire) dépassant le cadre d'un cas simple
 - Cellulite sur membre ischémique
 - Cellulite associée à une traînée de lymphangite ou à une nécrose
 - Risque de décompensation des comorbidités majeures préexistantes
 - Localisation ou atteinte plus profonde suspectée :
 - Zone centro-faciale (triangle dangereux de la mort)
 - Zone périnéale
 - Atteintes musculosquelettiques (ostéomyélite, ténosynovite, arthrite)
- Seuls les **cas simples** de cellulite préseptale (périorbitaire) **devraient** être traités en première ligne. Ils sont caractérisés par :
 - un œdème et érythème léger de la paupière;
 - l'absence de douleurs importantes;
 - une bonne ouverture de la paupière – évaluation possible, mouvements extraoculaires normaux et non douloureux;
 - une vision normale;
 - l'absence de proptose et de chémosis;
 - un bon état général de la personne.

2.4.2.2 Identification de la source de l'infection

La deuxième étape de la démarche diagnostique est l'identification et le contrôle de la source de l'infection pour permettre la guérison (Flynn, 2011; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Wilson et Caglar, 2013). La prise en charge de la cellulite infectieuse inclut, selon le cas, le traitement de la plaie, de la sinusite ou du problème dentaire à l'origine de l'infection de même que l'exérèse des corps étrangers selon les parties prenantes consultées. En exemple, plus de 50 % des cas de cellulite faciale chez l'enfant sont d'origine ontogénique et peuvent nécessiter l'extraction dentaire (Horner *et al.*, 2021). Le dépistage et la prise en charge précoces des infections dentaires – cervicofaciales – sont notamment essentiels chez les enfants et les personnes immunosupprimées, car elles peuvent se développer en maladie systémique en très peu de temps (p. ex. l'angine de Ludwig) (Palmer, 2020; Sartelli *et al.*, 2022).

RECOMMANDATION CLINIQUE – IDENTIFICATION DE LA SOURCE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, la recommandation suivante a été formulée :

- Une origine dentaire ou sinusale **devrait** toujours être suspectée et examinée lors du diagnostic initial des cellulites cervico-faciales.

2.4.2.3 Recherche de circonstances particulières

La troisième étape de la démarche diagnostique est l'obtention de l'histoire clinique complète de la personne pour bien repérer les éléments qui évoquent la présence d'agents étiologiques particuliers, car l'étiologie peut différer selon le contexte épidémiologique (Stevens *et al.*, 2014). Les bactéries inhabituelles à suspecter selon les causes ou les événements entourant l'apparition de la cellulite infectieuse sont énumérées dans la section « Spectre d'activité des antibiotiques et des indications ». En bref, une morsure d'origine animale commune (chien ou chat) ou humaine et une infection dont l'origine est dentaire ou sinusale mènent généralement à la suspicion d'agents pathogènes causaux moins classiques. Ces circonstances particulières font partie des présents travaux.

D'autres pathogènes moins fréquents et suspectés dans ce contexte sont décrits dans la littérature et incluent la blessure immergée prolongée dans l'eau douce ou l'eau salée, la neutropénie, l'immunodéficiences cellulaire sévère (lymphome, leucémie lymphocytaire, greffe d'organe ou de cellules souches hématopoïétiques ou personne traitée avec certains médicaments immunosuppresseurs) et le pied diabétique infecté (Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; Liu *et al.*, 2011; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020). Les morsures et les griffures de rongeurs (p. ex. transmission de la *rat-bite-fever*) et de primates (p. ex. transmission de l'herpès simien) soulèvent aussi certaines préoccupations. La prise en charge dans ces circonstances moins communes est différente et nécessite une consultation en médecine spécialisée.

QUOI RETENIR SUR LES PATHOGÈNES INHABITUELS

De l'appréciation globale de la preuve découle le constat suivant :

- Le repérage des éléments qui évoquent la présence d'agents étiologiques inhabituels est utile, car l'étiologie peut différer selon le contexte épidémiologique (p. ex. morsure animale [chien ou chat], morsure humaine [y compris les blessures causées, lors d'une bagarre, par un contact avec les dents d'une autre personne] ou infection d'origine dentaire ou sinusale).

Indices d'une infection à SARM

Le *S. aureus* comporte des souches multirésistantes aux antibiotiques appelées les *S. aureus* résistants à la méthicilline (SARM). Bien qu'une infection causée par le SARM soit inhabituelle dans les cellulites infectieuses typiques (avec forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus*), l'identification des personnes les plus à risque d'une telle infection au Québec est un enjeu important pour éviter l'usage d'antibiotiques à large spectre sans bénéfice supplémentaire, d'après les parties prenantes consultées.

Des critères sont présentés par plusieurs documents et corroborés par les parties prenantes consultées pour reconnaître ces personnes (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; Health PEI, 2023; INESSS, 2025b; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b), dont les suivants :

- L'historique d'une infection à SARM chez la personne et sa famille (CRNS, 2022a; Health PEI, 2023; INESSS, 2025b; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b);
- Les comportements à risque, notamment l'injection de produits contaminés ou l'utilisation de drogues intraveineuses (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; Health PEI, 2023; INESSS, 2025b; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes présentent aussi un risque d'infection à SARM, selon les parties prenantes consultées;
- La vie en milieu collectif ou à forte densité humaine ou certaines activités impliquant un contact cutané direct répété et/ou blessures cutanées (p. ex. l'incarcération, l'itinérance, le sport de contact et l'appartenance à une communauté autochtone) (CRNS, 2022a; Health PEI, 2023; INESSS, 2025b; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Les bases militaires seraient aussi des endroits propices à une infection au SARM, selon des parties prenantes consultées;
- L'hospitalisation fréquente ou récente, les antécédents de procédures ou de dispositifs invasifs, l'immunosuppression (p. ex. VIH, malnutrition), l'antibiothérapie empirique récente (dans les 3 à 6 mois), un voyage en pays endémique pour le SARM et l'infection suspectée ou confirmée à SARM sur une autre partie du corps (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014);

- Les furoncles, escarboucles et abcès ainsi que les âges extrêmes (moins de 5 ans et âge avancé), selon une étude rétrospective incluant près de 400 000 personnes (Sartelli *et al.*, 2022). Dans la pratique pédiatrique de certains milieux, un âge inférieur à 5 ans n'est pas un critère reconnu pour ce type d'infection.

Les indices d'une infection au SARM sont aussi généralement recherchés si l'infection est grave (Health PEI, 2023). D'après certains documents retenus et l'expérience des cliniciens consultés, la présence de purulence accompagnée d'au moins un des indices énumérés précédemment permet de suspecter une infection à SARM (Health PEI, 2023; Stevens *et al.*, 2014).

QUOI RETENIR SUR LES INDICES D'UNE INFECTION À SARM

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

- Les cellulites infectieuses sont rarement causées par le *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM), et ce, peu importe l'âge.
- La purulence associée à l'un des facteurs suivants est un indice d'une infection à SARM :
 - Infection/colonisation récente au SARM (chez la personne ou sa famille);
 - Furonculose ou abcès à répétition;
 - Milieux à forte proximité interpersonnelle (p. ex. base militaire, milieu correctionnel, itinérance, certains contextes, certaines activités sportives);
 - Hospitalisation prolongée ou récente;
 - Procédures invasives récentes;
 - Comportement à risque (p. ex. usage de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) (population pédiatrique exclue);
 - Voyage récent en zone de forte prévalence de SARM (p. ex. tourisme).

2.4.2.4 Diagnostics différentiels

La quatrième étape est le diagnostic différentiel, lequel s'avère essentiel pour s'assurer que les symptômes et les signes cliniques observés proviennent d'une infection des tissus mous de la peau (Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b).

Le diagnostic de cellulite infectieuse pourrait être erroné dans 10 à 30 % des cas et mener à une utilisation inadéquate des antibiotiques et repose avant tout sur des observations cliniques (Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Plusieurs autres pathologies cutanées, avec ou sans étiologie infectieuse, présentent des caractéristiques semblables à celles de la cellulite infectieuse

(Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). En cas d'étiologie infectieuse, l'IDSA recommande d'inclure les agents fongiques, viraux et parasitiques en plus des agents bactériens dans le diagnostic différentiel (Stevens *et al.*, 2014). Ces pathogènes sont toutefois exclus des présents travaux.

Globalement, l'historique de la personne est crucial pour le diagnostic différentiel afin de mieux circonscrire les agents pathogènes causaux (p. ex. statut immunitaire, diabète, maladie vasculaire, contexte géographique, voyages effectués, chirurgie ou blessure récente, exposition à un animal ou à une morsure, antibiothérapie récente [dans les 90 derniers jours], style de vie, usage de drogues intraveineuses, passe-temps, facteurs de risque pour le SARM) (CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; RCHM, 2021). Selon les discussions avec les parties prenantes consultées, la survenue d'événements particuliers qui pourraient être liés à l'apparition de l'œdème (p. ex. trauma ou intervention dentaire) est à examiner. Dans la pratique, lorsqu'une cellulite constitue une pathologie primaire chez la personne, celle-ci est généralement prise en charge immédiatement. Dans les cas où la cellulite est secondaire à une autre pathologie, le traitement de la condition primaire est prioritaire à celui de la cellulite infectieuse.

Certains indices évoquent un diagnostic différentiel. Tout d'abord, un œdème ou un érythème bilatéral, surtout en absence de fièvre et de frissons, soutient un diagnostic différentiel, ce qui est corroboré par les cliniciens consultés (HAS, 2019; Queensland Health, 2022). En absence d'abcès, un suintement ou la présence de purulence évoque un diagnostic différent d'une cellulite infectieuse, d'après des cliniciens consultés. Une zone de peau saine et des changements épidermiques (squames, vésicules ou croûtes) à l'intérieur de la région érythémateuse ou bien une zone de fluctuation dans cette région suggèrent d'autres pathologies cutanées à caractère inflammatoire qui pourraient être confondues avec la cellulite infectieuse. La progression lente ou la chronicité des symptômes et des signes soutient davantage le diagnostic différentiel plutôt que celui de la cellulite infectieuse. La présence de signes fonctionnels, telle que l'atténuation de la douleur lors de l'élévation du membre, la douleur ou la fatigue après un exercice ou en fin de journée, peut aiguiller le clinicien sur l'origine veineuse des symptômes cliniques observés (INESSS, 2024a). Compte tenu de l'absence de problèmes veineux dans la population pédiatrique, cet enjeu est de moindre importance chez les enfants, selon la perspective des cliniciens.

Basées sur la littérature et corroborées par les parties prenantes consultées, les principales pathologies cutanées ressemblant à la cellulite infectieuse et qui sont à considérer dans les diagnostics différentiels sont les suivantes :

Chez l'adulte ou l'enfant

- La dermatite de contact (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020). Il est à noter que la bacitracine et la néomycine, présentes dans certains onguents ou crèmes antibiotiques en vente

libre, sont des causes fréquentes de dermite de contact, selon certaines parties prenantes consultées;

- L'eczéma aigu (HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021);
- Les piqûres d'insectes (HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2020);
- L'herpès cutané ou le zona (Davies *et al.*, 2021; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014);
- L'abcès simple – celui qui n'atteint pas les tissus plus profonds et n'a pas de lésion satellite (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; Sartelli *et al.*, 2022; Yadav *et al.*, 2024b). Il est caractérisé par une zone palpable de fluctuation;
- Les panniculites infectieuses et non infectieuses (HAS, 2019);
- La folliculite (CRNS, 2022a);
- La présence de corps étrangers (CRNS, 2022a);
- L'arthrite septique (CRNS, 2022a; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021);
- La bursite aiguë (HAS, 2019) et, selon les parties prenantes consultées, les autres atteintes articulaires (p. ex. l'arthrite septique, la goutte ou la synovite);
- Les réactions aux médicaments et les conditions inflammatoires ou néoplasiques (Health PEI, 2023);
- L'érythème migrant et l'érythème noueux (HAS, 2019; Stevens *et al.*, 2014), ainsi que la dermatose neutrophilique de Sweet (quoique plus rare), selon les discussions;
- Pour la cellulite au visage, l'angioedème allergique, la sinusite, l'otite, un traumatisme, la sialolithiase et d'autres pathologies moins pertinentes aux travaux (CRNS, 2022a);
- Chez les personnes avec un système immunitaire compromis, le diagnostic différentiel inclut : l'infiltration cutanée avec une malignité sous-jacente, les réactions induites par la chimiothérapie ou la radiothérapie, le syndrome de Sweet, l'érythème multiforme, la vascularite leucocytoclasique et la maladie greffe vs hôte pour les personnes qui ont reçu une transplantation allogénique (Stevens *et al.*, 2014).

Chez l'adulte

- L'hématome (Health PEI, 2023);
- La vasculite, surtout chez les personnes d'âge avancé (Queensland Health, 2022);
- La phlébite superficielle (HAS, 2019; Health PEI, 2023; Queensland Health, 2022);

- La phlébite profonde (CRNS, 2022a; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Queensland Health, 2022);
- La goutte (avec une inflammation cutanée marquée qui s'étend au-delà de l'articulation touchée) (Health PEI, 2023; Stevens *et al.*, 2014);
- L'insuffisance veineuse aiguë ou chronique indiquée par la présence de :
 - la dermatite de stase, surtout chez les personnes d'âge avancé (Queensland Health, 2022);
 - la poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse (HAS, 2019);
 - la lipodermatosclérose aiguë, qui pourrait faire partie du diagnostic différentiel, surtout chez les femmes présentant une obésité et une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Cette pathologie cause un érythème douloureux, chaud, sensible et induré sur la jambe, qui ressemble à la cellulite, avec des régions parfois écailleuses (Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014).

Chez l'enfant

- La conjonctivite (Horner *et al.*, 2021);
- La dacryocystite (Horner *et al.*, 2021);
- La réaction allergique si l'enflure est bilatérale avec ou sans douleur et située au visage (Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021);
- Un orgelet, une blépharite aiguë et certains cancers (p. ex. leucémie, rhabdomyosarcoma/retinoblastoma) – parfois confondus avec une cellulite infectieuse périorbitaire (Horner *et al.*, 2021);
- L'impétigo (lésions bien définies, souvent croûteuses/sécrétantes, systémiquement bien) et du syndrome d'épidermolyse staphylococcique (atteinte plus fréquente chez les jeunes enfants et qui inclut des phlyctènes et une éruption cutanée exfoliative) (Horner *et al.*, 2021).

D'un point de vue expérientiel, les diagnostics différentiels incluent aussi les réactions iatrogéniques (p. ex. réaction secondaire à un médicament), le kyste et les photodermatites, surtout lorsque les symptômes surviennent dans un contexte d'exposition solaire. La plupart des pathologies répertoriées dans la population adulte sont trouvées aussi chez les enfants, à l'exception de la dermite de stase, des phlébites, de la goutte et de la synovite, selon les discussions. De plus, le syndrome d'épidermolyse staphylococcique, la réaction vaccinale et la panniculite au froid présentent des manifestations cliniques qui sont pertinentes au diagnostic différentiel dans la population pédiatrique.

Aucune définition des différentes pathologies à considérer dans le diagnostic différentiel n'a été proposée dans la littérature scientifique retenue. Les définitions des pathologies présentées dans le glossaire ont été élaborées à partir d'ouvrages de référence d'experts dans le domaine et en collaboration avec les parties prenantes consultées.

QUOI RETENIR SUR LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants, qui s'appliquent peu importe l'âge :

- Le diagnostic différentiel est un enjeu majeur, puisque certaines pathologies cutanées – ne requérant pas d'antibiothérapie – peuvent présenter des symptômes/signes similaires.
- Plusieurs diagnostics différentiels peuvent se compliquer en cellulite infectieuse en offrant une porte d'entrée à l'agent pathogène (p. ex. eczéma, varicelle, ou autre).
- Les indices cliniques suivants évoquent généralement une cause autre qu'une cellulite infectieuse :
 - Événement particulier lié à l'apparition des symptômes et des signes (p. ex. trauma, intervention dentaire, exposition au soleil);
 - Œdème bilatéral;
 - Zone palpable de fluctuation;
 - Suintement ou purulence en absence d'abcès;
 - Changements épidermiques (squames, croûtes, vésicules, etc.). La cellulite ne cause généralement pas ces changements épidermiques;
 - Signes fonctionnels chez l'adulte (p. ex. douleur ou fatigue du membre après un exercice ou en fin de journée, atténuation de la douleur lors de l'élévation des jambes);
 - Chronicité;
 - Progression lente.
- En présence de symptômes et de signes s'apparentant à la cellulite infectieuse, indépendamment de la localisation, il convient d'écarter les pathologies suivantes :
 - Dermite de contact;
 - Eczéma aigu;
 - Piqûre d'insecte;
 - Herpès cutané ou zona;
 - Panniculites infectieuses et non infectieuses;
 - Abscès simple;
 - Hématome, kyste;
 - Réactions iatrogéniques;

Propre à l'enfant

- Syndrome d'épidermolyse staphylococcique.

- En présence de rougeurs localisées aux membres supérieurs et inférieurs, les pathologies suivantes sont considérées :

- Bursite aiguë;
- Réaction vaccinale;

Propre à l'adulte

- Dermite de stase;
- Phlébite superficielle;
- Atteinte articulaire (arthrite septique, goutte ou synovite);

Propre à l'enfant

- Arthrite septique.

- Pour une rougeur localisée au visage, le diagnostic différentiel inclut :

- Conjonctivite;
- Dacryocystite;

Propre à l'enfant

- Panniculite au froid;
- Angioœdème si cellulite bilatérale avec ou sans douleur;
- Orgelet, blépharite aiguë ou cancer (p. ex. leucémie, rhabdomyosarcome, rétinoblastome).

- Les autres maladies dermatologiques à considérer sont :

- Érythème migrant, érythème noueux, dermatose neutrophilique de Sweet, etc.

2.4.2.5 Évaluation de la gravité et du profil de complexité de l'infection

À cette étape, en synergie avec l'évaluation générale de la personne, il est possible de différencier la sévérité de l'infection afin de choisir la voie d'administration de l'antibiothérapie la plus adaptée à la circonstance (Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; RCHM, 2021; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a).

Palpation

La palpation des tissus sous-cutanés permet de discerner entre les structures normales – généralement élastiques – et les tissus sous-cutanés plus fermes qui empêchent de distinguer le plan des fascias et des groupes musculaires, comme cela est observé dans la fasciite nécrosante (Palmer, 2020; Stevens *et al.*, 2014). En plus d'évaluer la sensibilité de la peau et la profondeur de l'infection, la palpation contribue à l'exclusion de certains diagnostics différentiels en localisant les accumulations sous-cutanées de

liquide – représentant possiblement un abcès (Queensland Health, Palmer, 2020; 2022; Wilson et Caglar, 2013).

QUOI RETENIR SUR LA PALPATION DE LA RÉGION

De l'appréciation globale de la preuve découle le constat suivant :

- La palpation de la région atteinte permet d'évaluer la sensibilité de la peau, la profondeur de l'infection, la fermeté du tissu, la présence d'une zone fluctuante (une collection purulente sous-jacente possible) ou d'une zone de crépitements (signes d'une fasciite nécrosante).

Sévérité

La cellulite infectieuse est considérée comme légère, modérée ou grave en fonction de ses manifestations cliniques. Ses critères de gravité ne sont détaillés que dans deux documents de soins pédiatriques hospitaliers et un document canadien retenus (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; RCHM, 2020).

L'infection légère et l'infection modérée non aggravée sont caractérisées par une peau intacte, ce qui semble difficile à interpréter, selon la perspective des cliniciens, par des marges mal délimitées et par une stabilité de l'état général et du statut hémodynamique (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; RCHM, 2020).

La cellulite infectieuse modérée se distingue de la cellulite légère par les quatre indices cliniques plus avancés (érythème, œdème, chaleur, douleur), par la présence de certains signes systémiques (p. ex. fièvre, lymphadénopathie, tachycardie, leucocytose) et par une zone infectée plus étendue (Health PEI, 2023; RCHM, 2020). De plus, la progression de l'étendue est généralement rapide, selon l'expérience des parties prenantes consultées. Les cas d'infection légère et modérée peuvent se complexifier selon la présence de signaux d'alarme (section 2.4.2.1), le risque de décompensation des comorbidités majeures établies, telles que l'immunosuppression sévère ou un apport vasculaire inadéquat, la localisation inhabituelle de la cellulite infectieuse ou la suspicion de pathogènes inhabituels (p. ex. circonstances particulières). Les détails de ces aspects sont décrits dans la section « Évaluation de l'état général et vérification de la présence de signaux d'alarme » et des cas complexes sont présentés dans la section « Consultation en milieux spécialisés ».

Quant à la cellulite infectieuse grave, en plus de la progression rapide sont observés des signes généraux de septicémie, une atteinte systémique de l'état général de la personne, une instabilité hémodynamique, la fièvre ou l'hypothermie, la tachycardie, la tachypnée et l'hypotension, selon les documents retenus et les parties prenantes consultées (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; Health PEI, 2023). Certains auteurs ajoutent l'engourdissement de la peau (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023) et des signes locaux de gravité – lividités, taches cyaniques, induration dépassant l'érythème, nécrose locale –, des observations cliniques moins pertinentes dans la pratique, à l'exception de la nécrose locale (HAS, 2019). Pour une infection grave, une prise en charge urgente à l'hôpital est requise.

QUOI RETENIR SUR LA SÉVÉRITÉ ET LA COMPLEXITÉ DE L'INFECTION

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

- La sévérité de l'infection est évaluée selon le jugement clinique.
- La cellulite infectieuse légère ou modérée est caractérisée par un état général et un statut hémodynamique stables. Dans le cas de l'infection légère, les symptômes et les signes sont peu développés.
- La cellulite infectieuse modérée se distingue de la cellulite infectieuse légère par les quatre indices cliniques plus avancés (érythème, œdème, chaleur, douleur), la progression rapide de l'étendue, la présence de signes systémiques (p. ex. fièvre, lymphadénopathie, tachycardie, leucocytose) et une zone infectée plus étendue.
- La cellulite grave est définie par une progression rapide, des signes généraux de septicémie, une atteinte systémique de l'état, une instabilité hémodynamique, la fièvre ou l'hypothermie, la tachycardie, la tachypnée et l'hypotension. Cette condition est exclue des travaux.
- Une infection légère ou modérée peut être complexe, notamment en présence de risques de complication énoncés dans la section « Évaluation de l'état général et vérification de la présence de signaux d'alarme » et de cas complexes présentés dans la section « Consultation en milieux spécialisés ».

2.4.2.6 Marquage du contour de la zone infectée

La dernière étape de l'évaluation clinique, lors de l'examen initial, est la délimitation des contours de la lésion pour en suivre l'évolution (CRNS, 2022a; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Wilson et Caglar, 2013). La prise de photos de la zone infectée, avec le consentement éclairé de la personne, est aussi un atout à la pratique, car les clichés s'intègrent facilement aux dossiers médicaux électroniques et aux logiciels en pharmacie, selon les parties prenantes consultées.

2.4.3 Examens paracliniques

Onze des vingt et un GPC retenus pour la mise à jour des travaux et les quatre GPC retenus dans les travaux publiés en 2017 abordent l'utilisation d'analyses de biologie médicale dans la prise en charge des cellulites infectieuses, notamment la culture d'échantillons cutanés ou sanguins, les tests sanguins et l'utilisation d'ultrasons. Les cellulites infectieuses étant communément non purulentes, l'identification des agents causaux par culture de plaies pose certains défis, car l'exsudat cultivable n'est pas disponible (Stevens *et al.*, 2014). Bien que les études sérologiques et les autres méthodes d'identification (p. ex. marquage immunohistochimique d'antigènes spécifiques sur des biopsies de la peau) soient recommandées dans quelques documents retenus dans la version 2017, elles sont absentes de la nouvelle littérature et demeurent peu utilisées dans la pratique, selon les avis recueillis (Liu *et al.*, 2011; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013).

Les tests microbiologiques sur les échantillons cutanés (culture et sensibilité aux antibiotiques) sont recommandés **uniquement** dans les cas de cellulite infectieuse avec écoulement purulent, comme cela est décrit dans plusieurs guides et corroboré par les parties prenantes consultées (Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; INESSS, 2020; Liu *et al.*, 2011; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2020). Le prélèvement d'échantillons cutanés est souvent sujet à une contamination par le microbiote de la peau. Conséquemment, il est difficile d'établir le lien causal entre les bactéries isolées et celles de la cellulite infectieuse. Cette pratique est simple et peu coûteuse et peut aider le clinicien à ajuster l'antibiothérapie, notamment en cas d'échec du traitement de première intention. Toutefois, la prudence est de mise, car la mesure de l'efficacité d'un antibiotique avec des méthodes *in vitro* ne concorde pas nécessairement avec son efficacité clinique réelle (*in vivo*), selon les parties prenantes consultées. Dans le cas d'une cellulite périorbitaire pédiatrique, un prélèvement d'origine sinusale peut être réalisé au bloc opératoire par un oto-rhino-laryngologiste (Horner *et al.*, 2021), une procédure qui s'éloigne de la portée des travaux, selon les parties prenantes consultées. Les cultures par aspiration ou biopsie pour l'érysipèle et les cellulites purulentes peuvent être utiles chez une personne présentant une immunosuppression ou une neutropénie, car les pathogènes causaux sont différents (HAS, 2019; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014). Toutefois, les cultures d'échantillons cutanés obtenues par biopsie ou par aspiration sont majoritairement négatives et le peu d'échantillons trouvés positifs a une concentration bactérienne faible, selon les parties prenantes consultées.

Dans la littérature scientifique, quelques situations font exception à cette recommandation, notamment en présence :

- d'une instabilité hémodynamique (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Sartelli *et al.*, 2022);
- de toxicité systémique (y compris une apparence malade, une lésion progressant rapidement, une fièvre persistante et un âge < 1 an) (Nassisi et Oishi, 2012; Wilson et Caglar, 2013);
- de facteurs prédisposants inhabituels – risque de pathogènes moins fréquents dans la blessure, notamment une blessure lorsqu'immergée dans l'eau non traitée (Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; Stevens *et al.*, 2014) –, ou en présence d'immunosuppression (Chrisochos *et al.*, 2023; Stevens *et al.*, 2014) ou de corps étrangers (Chrisochos *et al.*, 2023) ou au retour d'un voyage en zone tropicale (HAS, 2019);
- de morsures animales (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2019; Stevens *et al.*, 2014);
- d'une origine post-traumatique liée aux soins ou à une injection septique (HAS, 2019);
- d'échec d'une antibiothérapie en première intention (Chrisochos *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Liu *et al.*, 2011; Sartelli *et al.*, 2022).

D'autres tests sont disponibles, mais relèvent du contexte hospitalier, notamment pour des cas complexes ou avec des signes de gravité. Il est question de l'imagerie (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2020; Wald *et al.*, 2013; Yadav *et al.*, 2024a), des formules sanguines complètes et des niveaux d'électrolytes et de créatinine, de bicarbonate, de créatinine phosphokinase et de protéine C réactive (Nassisi et Oishi, 2012; Wilson et Caglar, 2013) ainsi que des hémocultures (Chrisochos *et al.*, 2023; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). L'Institut a d'ailleurs formulé des recommandations en ce sens sur l'usage judicieux des hémocultures (INESSS, 2024b). Seul l'ultrason serait praticable en première ligne pour différencier la cellulite de l'abcès en cas d'incertitude de diagnostic (Yadav *et al.*, 2024a, 2024b), mais les appareils d'échographie portatifs ne sont généralement pas disponibles en clinique au Québec, selon les discussions.

RECOMMANDATION CLINIQUE – EXAMENS PARACLINIQUES

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, la recommandation suivante a été formulée :

- Les tests microbiologiques sur les échantillons cutanés (culture bactérienne et sensibilité aux antibiotiques) **sont recommandés** uniquement dans les cas de cellulite infectieuse avec écoulement purulent.

2.5 Principe de traitement

Le fondement du traitement de la cellulite infectieuse est basé sur le contrôle de la source primaire de l'infection et le traitement des facteurs de risque lorsque possible, selon le savoir expérientiel recueilli. Certains auteurs et les parties prenantes consultées rappellent qu'en cas de cellulite faciale il est essentiel d'obtenir l'historique dentaire complet et les circonstances entourant l'apparition des symptômes faciaux (CRNS, 2022b; Palmer, 2020). Il incombe aussi de nettoyer la plaie au besoin et d'en retirer les corps étrangers (Carazo Gallego *et al.*, 2025; CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; INESSS, 2024a). Dans certaines populations (p. ex. personnes d'âge avancé), il est recommandé d'anticiper, de prévenir et de traiter la décompensation des maladies chroniques (HAS, 2019; Queensland Health, 2022).

L'antibiothérapie systémique est le traitement principal de la cellulite infectieuse (BPACnz, 2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2024; HAS, 2025; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Leroy *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a). L'antibiothérapie peut nécessiter un ajustement selon les résultats de culture et de tests de sensibilité aux antibiotiques. De plus, la prescription de l'antibiotique est adaptée pour la personne – selon la présence de comorbidités (p. ex. insuffisance rénale ou hépatique), l'obésité morbide et l'habileté à avaler ou à tolérer la médication par la voie orale (HAS, 2024; HAS, 2025; Horner *et al.*, 2021; Queensland Health, 2022).

Selon la littérature scientifique, appuyée par la pratique des cliniciens consultés, les infections légères et modérées se traitent avec les mêmes antibiotiques oraux (PO), tout en allongeant la durée du traitement dans le cas d'une infection modérée (Chrisochos *et al.*, 2023; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013). Il n'existe aucune preuve de la supériorité du traitement intraveineux (IV) sur le traitement PO dans la prise en charge de la cellulite non compliquée (Health PEI, 2023). Le traitement IV est généralement envisagé pour une infection modérée associée à des facteurs aggravants ou qui est plus développée et risque de progresser vers une infection grave, pour des lésions cutanées bulleuses étendues, des abcès non drainés, une atteinte des tissus profonds, une progression rapide de l'infection, une fasciite nécrosante, du matériel prothétique infecté, une cellulite préseptale grave, une cellulite orbitaire ou si l'antibiothérapie orale ne peut être administrée, un constat appuyé à la fois par plusieurs auteurs et les parties prenantes consultées (BPACnz, 2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021).

À l'exception de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) qui conseille une antibiothérapie topique en cas de cellulite infectieuse légère, la majorité des guides de pratique clinique soulignent qu'elle n'est pas indiquée pour ce type d'infection, car elle n'apporte aucun bénéfice supplémentaire (CRNS, 2022a; HAS, 2024; HAS, 2025; Penner, 2026). Son usage est généralement réservé aux cas particuliers tels que l'impétigo, selon les parties prenantes consultées.

Certains traitements complémentaires dont la vaccination et la prophylaxie postexposition (PPE) sont inclus dans la prise en charge globale de la cellulite infectieuse. Le statut vaccinal tétanique est une mesure importante en cas de causes traumatiques telles que les morsures animales infectées ou associées à des causes atypiques (p. ex. une immersion dans l'eau non traitée, trauma), si la vaccination date de plus de 10 ans (Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013). La vaccination antitétanique à jour est aussi recommandée de manière plus générale pour les cellulites infectieuses (Carazo Gallego *et al.*, 2025; HAS, 2019). Selon l'IDSA et les travaux de l'INESSS sur les plaies traumatiques, il est fortement recommandé de consulter les autorités locales dans les cas de morsures animales pour déterminer si une vaccination contre la rage est indiquée (INESSS, 2024a; Stevens *et al.*, 2014). Les morsures étant fréquentes en milieu de garde ou en milieu scolaire, il convient de consulter les directives locales sur le sujet, dont l'outil sur le site Web de Santé Québec (INESSS, 2024a). À noter que la [prophylaxie anti-VIH](#) n'est presque jamais entreprise pour ce type de cellulite, à moins de circonstances exceptionnelles, d'après les spécialistes consultés (INESSS, 2024a). De manière générale, une prise de sang est effectuée selon les protocoles en vigueur (VHB, VHC et VIH) et un suivi avec le microbiologiste-infectiologue est généralement fait quelques mois après l'incident pour refaire les bilans sanguins et confirmer l'absence d'infection (INESSS, 2024a).

Plusieurs traitements complémentaires peuvent être considérés en supplément de l'antibiothérapie pour optimiser les résultats du traitement et s'assurer d'une prise en charge optimale de la personne. Ceux-ci sont décrits dans les sous-sections ci-dessous.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – PRINCIPES DE TRAITEMENT GÉNÉRAUX

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Le traitement de la source primaire de l'infection et des facteurs de risque associés, lorsque possible, **devrait être considéré** dans la prise en charge de la cellulite infectieuse (p. ex. traitement du problème dentaire, de la plaie ou de la sinusite, exérèse du corps étranger, etc.).
- Une antibiothérapie systémique **est indiquée** pour le traitement des cellulites infectieuses, au contraire d'une antibiothérapie topique dont l'usage n'est réservé qu'aux cas particuliers, tels que l'impétigo.
- L'antibiothérapie systémique orale **devrait être priorisée** pour traiter la cellulite infectieuse légère ou modérée, à moins de facteurs de risque de complications significatifs.
- L'antibiothérapie systémique intraveineuse **devrait être considérée** si la cellulite infectieuse modérée est associée à des risques de complications.
- Si nécessaire, l'ajustement de l'antibiothérapie **devrait être considéré** selon les résultats des tests de culture et de sensibilité aux antibiotiques, lorsque disponible.
- La prophylaxie post-exposition **devrait être considérée**, notamment la vaccination antitétanique, si bris de peau, ou antirabique, si morsure animale, et l'administration d'immunoglobuline (Ig) ou la vaccination contre l'hépatite virale B (VHB) et la prophylaxie antivirale de l'immunodéficience humaine (VIH), si risque de transmission par morsure humaine. Détails dans le [Protocole d'immunisation du Québec](#), le [Guide pour la prophylaxie et le suivi après exposition au VIH, au VHB et VHC](#) et l'[outil d'aide à la décision pour la PPE anti-VIH](#). Pour l'évaluation du risque de rage chez un animal domestique, consulter l'outil clinique sur les plaies traumatiques (section sur les morsures).

2.5.1 Cellulite abcédée versus abcès simple

L'enjeu principal pour les cliniciens de première ligne est de reconnaître le contexte clinique pour l'usage d'une antibiothérapie en présence d'abcès. D'un avis unanime des parties prenantes consultées et de plusieurs auteurs, seule la cellulite abcédée requiert un traitement antibiotique (BPACnz2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Palmer, 2020; Sartelli *et al.*, 2022; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024b). Un diamètre total (abcès et cellulite) de plus de 5 cm pourrait être un barème adéquat, ce qui suit la pratique dans certains milieux au Québec (Chrisochos *et al.*, 2023; Sartelli *et al.*, 2022). À l'instar des parties prenantes consultées, 14 documents indiquent que le traitement primaire d'un abcès est l'incision et le drainage et qu'une antibiothérapie n'est généralement pas nécessaire (BPACnz2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2021; Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Palmer, 2020; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024b). L'antibiothérapie n'améliore pas le taux de guérison (même pour les infections liées au

SARM), car elle ne traverse pas la paroi de l'abcès (Davies *et al.*, 2021; Stevens *et al.*, 2014). Selon la perspective des cliniciens, le drainage des collections liquidiennes, y compris les bursites infectieuses suppurantes, est primordial, car celles-ci sont généralement la cause de l'échec ou d'une réponse lente au traitement.

Dans la pratique au Québec, l'ajout d'antibiotiques systémiques à l'incision et au drainage des abcès est une décision guidée par le jugement clinique. Quelques auteurs indiquent que cela est possible lorsque l'abcès est associé à des signes systémiques d'infection (p. ex. la fièvre ou une instabilité hémodynamique) ou en présence de comorbidités (p. ex. diabète, immunosuppression) ou si la localisation ne permet pas le drainage (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2011; Palmer, 2020; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024b). D'autres auteurs proposent une antibiothérapie pour les abcès multiples et récurrents, pour une phlébite septique, en l'absence d'amélioration après l'incision et le drainage, ou chez des personnes aux âges extrêmes (très jeunes ou très âgées) (Chrisochos *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2011; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013).

QUOI RETENIR SUR LA CELLULITE ABCÉDÉE ET L'ABCÈS SIMPLE

De l'appréciation globale de la preuve découle le constat suivant :

- Un abcès seul drainé ne justifie pas l'ajout d'une antibiothérapie. Selon le contexte et le jugement clinique, un antibiotique oral ciblant *S. aureus* ou SARM en présence de ses facteurs de risque peut être ajouté pour traiter une cellulite abcédée (un diamètre total de plus de 5 cm, y compris la zone de l'abcès).

2.5.2 Allergie présumée ou confirmée à une *pénicilline*

Les antibiotiques de la famille des bêta-lactamines sont les options de choix pour traiter la majorité des cas de cellulite infectieuse (BPACnz, 2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2020; RCHM, 2021; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Tous les documents retenus proposent des alternatives d'antibiotiques en présence d'allergies aux *pénicillines* ou aux céphalosporines, sans pour autant proposer une stratégie pour évaluer ces allergies. Un seul document retenu et les travaux de l'Institut précisent qu'il faut réviser les antécédents médicaux en accordant une attention particulière aux allergies et aux sensibilités médicamenteuses (INESSS, Davies *et al.*, 2021; 2025b).

La similarité structurale entre les *pénicillines* et les céphalosporines, qui partagent toutes un même noyau bêta-lactame, soulève le risque de réaction croisée aux céphalosporines dans les cas d'allergie confirmée aux *pénicillines*. Ce risque peut varier selon la similarité de la chaîne latérale des céphalosporines. À noter que les risques d'une véritable allergie aux *pénicillines* sont faibles (INESSS, 2025a). Moins de 10 % des personnes rapportant une histoire d'allergie aux pénicillines auront une allergie confirmée. Chez les enfants, la fréquence d'une réelle allergie est encore plus faible, soit moins de 5 % pour ces

derniers. Les étapes à suivre pour détecter les allergies réelles sont décrites dans le document du [Guide et normes sur les allergies présumées aux pénicillines](#). En résumé, il convient d'évaluer le risque d'une véritable allergie à la pénicilline en cause, le type de réaction, la sévérité et le délai depuis la réaction. Il est aussi important d'évaluer le risque de faire une réaction de sévérité semblable ou plus sévère lors d'une réexposition à cette pénicilline, ou à une autre bêta-lactamine. Dans certains cas, un test de provocation peut être nécessaire. Étant donné que les *pénicillines* et les céphalosporines constituent la base du traitement des cellulites infectieuses, un algorithme décisionnel a été bâti à partir de l'outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines. Cet algorithme tient compte des antécédents de réaction allergique de la personne pour orienter le choix de l'antibiothérapie à administrer (INESSS, 2025a). Les antibiotiques recommandés en cas d'allergies à une pénicilline et tirés de la triangulation des données se trouvent dans le chapitre suivant, à la fin de chaque section d'antibiothérapie propre à un type de cellulite inclus dans les travaux.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – ALLERGIE PRÉSUMÉE OU CONFIRMÉE À UNE PÉNICILLINE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Avant de prescrire l'antibiothérapie, les vérifications suivantes **devraient être effectuées** :
 - L'historique de la prise d'antibiotiques au cours des 3 derniers mois, quelle que soit l'infection antérieure;
 - L'absence d'interactions médicamenteuses significatives avec le traitement choisi;
 - Le statut allergique de la personne. En cas d'antécédent (soupçonné ou attesté) de réaction allergique (de type immédiat ou retardé) à une *pénicilline*, vérifier si l'allergie a été confirmée par un allergologue, sinon évaluer :
 - le risque d'une véritable allergie à la *pénicilline* en cause (rare), le type de réaction, la sévérité et le délai depuis la réaction;
 - le risque de faire une réaction de sévérité semblable ou plus sévère lors d'une réexposition à cette *pénicilline*, ou à une autre bêta-lactamine (INESSS, 2025a).
- Si un test de provocation est considéré, prévoir les aspects logistiques requis (p. ex. gestion des délais, accès à de l'épinéphrine injectable) afin d'en permettre la réalisation (INESSS, 2025a).

2.6 Antibiothérapie

Cette section inclut les choix de l'antibiothérapie, les posologies et la durée du traitement en fonction de l'étiologie et de la gravité de l'infection pour les populations adulte et enfant. À noter que les recommandations pour les adultes s'appliquent à partir de l'âge de 18 ans. Sur le plan clinique, les adolescents de 14 à 18 ans peuvent présenter un volume de distribution comparable à celui des adultes, mais leur clairance est plus élevée pour certains antibiotiques. La maturation physiologique est un aspect important à prendre en compte, car des concentrations sériques sous-thérapeutiques pour certains antibiotiques peuvent apparaître si des doses pour adultes sont utilisées chez quelques personnes de moins de 18 ans, selon les parties prenantes consultées. Bien que certaines circonstances rares chez l'adulte (p. ex. personne souffrant d'anorexie ou cachectique) nécessitent aussi un ajustement des doses d'antibiotiques, elles n'ont pas été incluses dans les recommandations. Les antibiotiques proposés dans les documents retenus sont rarement hiérarchisés en première et en deuxième intentions. De plus, les enjeux locaux d'antibiorésistance au Québec ont influencé les options de traitement trouvées dans la littérature internationale.

En rappel, le traitement des cellulites infectieuses graves, orbitaires et préseptales modérées et graves (périorbitaires) est exclu des présents travaux s'adressant davantage à la première ligne.

QUOI RETENIR SUR LES GÉNÉRALITÉS DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

De l'appréciation globale de la preuve découle le constat suivant :

- Chez l'enfant ayant atteint une maturation physiologique comparable à celle de l'adulte, il peut être pertinent de se référer aux posologies quotidiennes pour adulte.

Étiologie et spectre d'activité des antibiotiques indiqués pour une cellulite infectieuse

Les streptocoques β -hémolytiques des groupes A, B, C et G, et dans certains cas du groupe F, et le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) sont majoritairement responsables des cellulites infectieuses chez l'adulte et l'enfant (BPACnz, 2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2021; Dumaresq et Masson-Roy, 2023; HAS, 2024; HAS, 2025; Liu *et al.*, 2011; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a). Il est acquis que les cellulites infectieuses purulentes sont causées par *S. aureus* (Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014). Toutefois, les streptocoques β -hémolytiques peuvent aussi être trouvés dans l'exsudat cultivable (Liu *et al.*, 2011; Wilson et Caglar, 2013).

Outre les cellulites infectieuses d'origine streptocoque et staphylocoque, la présence de bactéries inhabituelles au site infecté est généralement suspectée si l'infection est causée par une :

- morsure de chien ou de chat : *Pasteurella* spp, *Capnocytophaga* spp, *Moraxella* spp et des bactéries anaérobies (*Fusobacterium* spp, *Bacteroides* spp, *Prevotella* spp, *Porphyromonas* spp, *Propionibacterium* spp, *Peptostreptococcus* spp) (INESSS, 2024a);
- morsure humaine ou blessure à un poing : *Eikenella* spp, *Haemophilus* spp et anaérobies buccaux (*Fusobacterium* spp, *Prevotella* spp, *Peptostreptococcus* spp) (INESSS, 2024a);
- cellulite d'origine dentaire : le groupe des streptocoques viridans, le groupe *Streptococcus anginosus*, *Prevotella* spp et *Fusobacterium* spp (BPACnz, 2025; Chrisochos et al., 2023);
- cellulite préseptale (périorbitaire) ou orbitaire d'origine sinusale : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et, selon deux documents, *Moraxella catarrhalis* (BPACnz2025; Chow et al., 2012; Chrisochos et al., 2023; Desrosiers et al., 2011; INESSS, 2016; Rosenfeld et al., 2015; Skye et al., 2013; Wald et al., 2013). La bactérie *Moraxella catarrhalis* n'est pas un pathogène communément trouvé dans ces infections, selon les parties prenantes consultées, bien qu'elle soit incluse dans le Guide et normes de l'INESSS sur la rhinosinusite et le document gouvernemental néo-zélandais retenu (BPACnz2025; INESSS, 2016).

QUOI RETENIR SUR L'ÉTIOLOGIE

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

- La cellulite infectieuse est typiquement causée par les streptocoques β -hémolytiques ou le *Staphylococcus aureus*.
- D'autres étiologies sont possibles selon les circonstances suivantes :
 - Morsure animale (chien ou chat) : *Pasteurella* spp, *Capnocytophaga* spp, anaérobies buccaux (*Fusobacterium*, peptostreptocoques);
 - Morsure humaine (y compris les blessures causées, lors d'une bagarre, par un contact avec les dents d'une autre personne) : *Eikenella corrodens*, anaérobies buccaux (*Fusobacterium*, peptostreptocoques);
 - Cellulite d'origine dentaire : streptocoques du groupe *viridans* et *anginosus*, anaérobies buccaux (*Fusobacterium* spp, peptostreptocoques spp);
 - Cellulite périorbitaire ou orbitaire d'origine sinusale : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Spectre d'activité des antibiotiques et des indications

Le choix de l'antibiothérapie pour la cellulite infectieuse repose sur la concordance entre l'étiologie probable et le spectre antimicrobien de l'antibiotique. L'antibiothérapie adéquate cible les pathogènes typiques – dominés par les streptocoques β -hémolytiques et *S. aureus* – et, selon la circonstance, les pathogènes non classiques précédemment suspectés.

Les différents antibiotiques possédant une indication au Canada pour le traitement de la cellulite infectieuse (généralement sous l'appellation « infections de la peau et des tissus mous ») sont présentés dans le [tableau 3](#). Parmi ces antibiotiques, notons que le métronidazole et le triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) ne possèdent pas une telle indication. Toutefois, ces deux antibiotiques sont recommandés dans la plupart des documents retenus, et prescrits dans la pratique au Québec dans des cas bien précis : le TMP-SMX est utilisé pour le traitement des cellulites infectieuses causées par des souches de SARM, alors que le métronidazole peut être utilisé en remplacement de la clindamycine pour traiter les infections d'origine dentaire causées par des bactéries anaérobies. Pour les autres antibiotiques présentés ci-dessous, certains possèdent un spectre d'activité pour des cas très particuliers de cellulite infectieuse qui sont en dehors de la portée des travaux (p. ex. pipéracilline et gentamicine, qui ont un spectre d'activité ciblant le *Pseudomonas aeruginosa*, céphalosporines des troisième et quatrième générations ainsi que les carbapénèmes, qui ont un spectre d'activité trop large pour les cellulites infectieuses légères et modérées).

Tableau 3 Antibiotiques indiqués et non indiqués pour le traitement de la cellulite infectieuse au Canada

Indiqués			Non indiqués
Pénicillines¹	Carbapénèmes¹	Autres	Métronidazole
Amoxicilline	Ertapénème ²	Clindamycine	TMP-SMX
Amoxicilline-clavulanate	Imipénème-cilastatine	Daptomycine ²	
Cloxacilline	Méropénème	Dalbavancine	
Pénicilline		Lincomycine ²	
Pipéracilline		Gentamicine	
Pipéracilline-tazobactam		Linézolide	
	Fluoroquinolones	Tédizolid	
	Ciprofloxacine	Télavancine ²	
	Lévofloxacine	Tigécycline ²	
	Moxifloxacine ²		
Céphalosporines¹			
Céfadroxil			
Céfazoline	Macrolides	Vancomycine	
Céfépime	Azithromycine		
Cefprozil	Clarithromycine		
Céfotaxime	Érythromycine		
Céfoxitine			

Indiqués		Non indiqués
Ceftazidime	Tétracyclines	
Ceftriaxone	Doxycycline	
Céfuroxime	Minocycline	
Céphalexine		

¹ Classe des bêta-lactamines.

² Indication particulière pour les infections de la peau compliquées ou graves.

2.6.1 Cellulite infectieuse typique (avec forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus*)

2.6.1.1 Antibiothérapies orales

Comme énoncé précédemment, la cellulite infectieuse typique est causée principalement par des streptocoques bêta-hémolytiques et des staphylocoques aureus. Les documents retenus recommandent une couverture antibiotique orale ciblant ces deux pathogènes chez l'adulte et l'enfant lorsque la cellulite infectieuse est légère ou modérée (BPACnz, 2025; CRNS, 2022a; Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Penner, 2026; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a). Les antibiotiques proposés proviennent majoritairement de la famille des β -lactamines, comme les pénicillines résistantes à la pénicillinase (p. ex. cloxacilline) ou les céphalosporines de première génération (p. ex. la céphalexine ou le céfadroxil). Les mêmes antibiotiques sont aussi recommandés dans la littérature en présence de purulence ou d'abcès si le drainage et l'incision n'améliorent pas l'infection ou dans des circonstances particulières citées dans la section « Principe de traitement » de ce rapport (Health PEI, 2023; Sartelli *et al.*, 2022; Yadav *et al.*, 2024b). Cela est soutenu par les parties prenantes consultées, puisque le choix empirique de l'antibiotique n'est généralement pas dicté par la présence ou l'absence de purulence.

Pour une cellulite infectieuse typique, les antibiotiques proposés dans la littérature scientifique, appuyée par l'expérience des cliniciens consultés, sont les suivants :

- **Cloxacilline** : 500 à 1 000 mg QID chez l'adulte et 50 mg/kg/jour divisés en 4 doses (dose maximale 6 000 mg/jour) chez l'enfant de moins de 40 kg (CRNS, 2022a; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b), ce qui est corroboré dans les monographies canadiennes. Au Québec, la posologie de la cloxacilline utilisée dans la pratique chez l'adulte est de 500 mg PO QID, alors que, chez l'enfant, elle peut atteindre 100 mg/kg/jour divisés en 4 doses dans certains établissements. Les parties prenantes consultées soulignent sa complexité d'usage chez l'enfant, signalant le très mauvais goût de la suspension orale, sa fréquence d'administration (QID) et son interaction avec la nourriture (prise 1 heure ou 2 heures après les repas).
- **Céphalexine** : 500 à 1 000 mg QID chez l'adulte et 20 à 100 mg/kg/jour divisés en 4 doses chez l'enfant (dose maximale variant de 1 500 à 3 000 mg/jour) (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Health PEI, 2023; Nassisi et Oishi, 2012; Penner, 2026; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). La posologie la plus forte chez l'adulte est

généralement administrée en cas d'obésité importante ou d'infection sévère (Dumaresq et Masson-Roy, 2023). D'un point de vue expérientiel, la dose de céphalexine administrée varie de 50 à 100 mg/kg/jour avec une dose maximale de 4 500 mg par jour chez l'enfant, une dose journalière bien tolérée, selon Santé Québec – CHU Sainte-Justine, et facile à préparer, selon d'autres parties prenantes consultées (Vincent *et al.*, 2013). À noter que la monographie indique toutefois une dose quotidienne pédiatrique de 25 à 50 mg/kg/jour jusqu'à 4 000 mg/jour.

- **Céfadroxil** : 500 à 1 000 mg BID chez l'adulte (Health PEI, 2023; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). La posologie la plus forte, soit 1 000 mg PO BID, est généralement prescrite au Québec pour optimiser l'effet de l'antibiotique en tenant compte de sa pharmacocinétique, selon les parties prenantes consultées et un guide de Santé Québec Chaudière-Appalaches (Dumaresq et Masson-Roy, 2023). En revanche, la posologie plus faible contribue à diminuer l'exposition antimicrobienne globale et s'accompagne généralement d'un meilleur profil de tolérance en préservant une efficacité comparable, selon la perspective des cliniciens. Au Canada, l'usage du céfadroxil dans la population pédiatrique est hors indication officielle depuis 2020, et ce, par manque de données cliniques probantes obtenues dans cette population, selon la monographie. Toutefois, cet antibiotique est encore indiqué en pédiatrie par les autorités américaines et françaises, à raison de 30 mg/kg/jour ou de 50 mg/kg/jour respectivement, en deux prises, sans dépasser la dose adulte (FDA, 2025; Gouvernement de la France, 2026). Absent du récent document de principes de la SCP, le céfadroxil est peu utilisé dans la pratique en pédiatrie, selon les parties prenantes consultées, puisque la suspension n'est pas commercialisée au Canada et que ce ne sont pas toutes les pharmacies communautaires qui peuvent préparer des solutions magistrales (Penner, 2026). Toutefois, son administration BID en fait une option qui facilite l'adhésion au traitement.
- **Amoxicilline-clavulanate** : 875/125 PO BID chez l'adulte et 80 mg/kg/jour PO TID (dose maximale 3 000 mg/jour) chez l'enfant (HAS, 2025; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014). Bien que l'amoxicilline-clavulanate soit recommandée dans deux documents récents et un GPC retenu dans la version 2017, son large spectre d'activité le rend inadapté pour ce type de cellulite, selon les parties prenantes consultées. En médecine pédiatrique, certains contextes motivent l'usage de l'amoxicilline-clavulanate pour augmenter l'adhésion au traitement (p. ex. le refus de prendre un des antibiotiques recommandés en raison de leur mauvais goût). Cette pratique, bien qu'elle puisse être légitime en pédiatrie, contrevient aux bonnes pratiques en antibiogouvernance.

D'autres options ont été recensées dans la littérature, dont l'amoxicilline, la pénicilline V, le triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) et l'érythromycine. L'amoxicilline et la pénicilline V sont généralement prescrites pour un érysipèle léger – une infection superficielle de la peau – chez l'adulte (HAS, 2024; Nassisi et Oishi, 2012; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Yadav *et al.*, 2024a). Malgré la pertinence de ces deux antibiotiques dans un contexte d'érysipèle causé presque exclusivement par des

streptocoques, la distinction entre cette pathologie et la cellulite infectieuse typique n'est pas toujours très claire, selon les parties prenantes consultées. Les options de traitement n'offrant pas de couverture pour le *S. aureus* sont peu utilisées dans la pratique (CRNS, 2022a). Le TMP-SMX et l'érythromycine ont été recensés dans la littérature pour un contexte d'immunosuppression (BPACnz, 2025). Cette condition étant un critère de consultation en médecine spécialisée, le TMP-SMX et l'érythromycine n'ont pas été inclus dans les choix principaux d'antibiotiques pour la mise à jour, à l'instar des travaux de 2017.

Options en cas d'allergie aux *pénicillines* ou aux *céphalosporines*

Avant de puiser dans d'autres classes d'antibiotiques que les bêta-lactamines, il est essentiel de s'assurer de l'existence d'une allergie réelle aux *pénicillines*, ou aux *céphalosporines* proposées en premier choix étant donné que certaines d'entre elles partagent des propriétés structurales et physicochimiques similaires avec les *pénicillines* (INESSS, 2025a).

La clindamycine est l'antibiotique le plus représenté dans les documents retenus en cas d'allergie à une *pénicilline* ou aux bêta-lactamines chez l'adulte et l'enfant (Chrisochos *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2024; HAS, 2025; Health PEI, 2023; Nassisi et Oishi, 2012; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b).

Certains auteurs le recommandent aussi en deuxième intention si l'antibiothérapie utilisée en première intention ciblait les souches de *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline (Wilson et Caglar, 2013). Les parties prenantes consultées notent un taux de résistance significatif et un risque élevé de symptômes intestinaux associés à l'utilisation de cet antibiotique. Il convient donc de l'utiliser si l'infection requiert un antibiotique différent des alternatives proposées. La posologie dans la littérature est la suivante :

- **Clindamycine** : 300 à 450 mg PO TID à QID chez l'adulte (Davies *et al.*, 2021; Health PEI, 2023; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). La Haute Autorité de Santé (HAS) privilégie une posologie de 600 mg PO TID (HAS, 2024). Selon la monographie et la pratique au Québec, la clindamycine est administrée à une posologie de 300 PO QID à 450 mg PO TID chez l'adulte. Chez l'enfant, une dose de 30 mg/kg/jour divisés en 3 doses est recommandée dans deux documents (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2025). Dans la pratique, cette dose peut aller jusqu'à 40 mg/kg/jour, sans dépasser 1 800 mg/jour (Vincent *et al.*, 2013). La suspension pédiatrique de clindamycine a mauvais goût et peut être difficile à administrer aux jeunes enfants, selon les parties prenantes consultées et un document récent qui a comparé les goûts des antibiotiques entre eux (Pena *et al.*, 2024). Pour pallier ce problème, des pharmaciens consultés ont mentionné la possibilité de la mélanger la poudre contenue dans les capsules à de la nourriture molle (p. ex. pouding au chocolat, compote de pomme, yogourt ou crème glacée).

Les autres antibiotiques suivants ont aussi été recommandés dans quelques documents en cas d'allergie :

- **TMP-SMX** : 1 à 2 comprimés DS PO BID chez les personnes de plus de 12 ans et 8 à 12 mg/kg/jour PO BID chez les personnes de moins de 12 ans, comme indiqué dans la monographie (CRNS, 2022a; HAS, 2025; Queensland Health, 2022; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Les parties prenantes consultées ont précisé qu'un comprimé DS (160/800 mg) PO BID est suffisant dans le traitement de la cellulite typique. Une préparation magistrale⁸ peut être effectuée à partir des comprimés pour en faciliter son administration chez l'enfant lorsque la suspension orale n'est pas disponible, comme c'est le cas actuellement au Canada.
- **Céfuroxime** : 500 mg PO BID chez l'adulte en cas d'allergie à la céphalexine et au céfadroxil (Health PEI, 2023). Aucun document pédiatrique n'en fait mention pour une cellulite typique, bien que ce soit une option alternative dans ce contexte pour une cellulite préseptale (section 2.6.4). La monographie indique que le céfuroxime peut être utilisé chez les enfants de 12 ans et plus à la même posologie que celle des adultes. Pour la population pédiatrique, bien que l'antibiotique présente un goût amer, il est une alternative adéquate en cas d'allergie dans le contexte de cellulite infectieuse typique, selon les parties prenantes consultées et la conduite recommandée dans le *Red Book 2024-2027* (Kimberlin *et al.*, 2024). Le céfuroxime est actuellement utilisé chez les enfants dans d'autres contextes, tels que la maladie de Lyme (30 mg/kg/jour PO BID, max 1 000 mg/jour) et la cellulite préseptale (INESSS, 2019a; Palazzi *et al.*, 2025).
- **Doxycycline** : 100 mg PO BID chez l'adulte (RCHM, 2020; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Selon l'état actuel des connaissances, l'usage de la doxycycline pour une durée d'au plus trois semaines chez les moins de 8 ans n'entraînerait pas d'effet sur la coloration ou la modification de la teinte des dents définitives (INESSS, 2019b). La doxycycline est une option adéquate en pédiatrie à la posologie de 4 mg/kg/jour PO divisés en deux doses (max 200 mg/jour) (INESSS, 2019b; INESSS, 2024a). Des solutions magistrales peuvent être préparées pour son utilisation en pédiatrie.
- **Moxifloxacin** ou **lévofloxacin** : 400 mg PO DIE ou 500 à 750 mg PO DIE respectivement chez l'adulte (INESSS, 2025b; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Ces deux fluoroquinolones dont le spectre d'action est très large sont généralement réservées aux personnes présentant une allergie sévère (p. ex. par la médiation IgE), selon l'Association canadienne de médecine d'urgence (ACMU) et les parties prenantes consultées, qui les choisissent généralement en dernier recours (Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Leur usage entraîne des conséquences (p. ex. effets indésirables, antibiorésistance) évitables par l'utilisation d'autres antibiotiques, selon les parties prenantes consultées. D'ailleurs, Santé Canada a émis en 2017 une mise en garde concernant cette classe d'antibiotiques, soulignant qu'ils peuvent entraîner des effets indésirables graves et persistants

⁸ [Liste des préparations magistrales standardisées](#) (1^{er} avril 2026). Consultée le 9 avril 2026.

dont les risques surpassent les avantages cliniques attendus (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Santé Canada ne recommande pas l'usage de ces antibiotiques chez l'enfant, par manque de données probantes sur l'innocuité et l'efficacité, selon leur monographie. Bien que la monographie américaine permette l'usage de la lévofloxacine en pédiatrie, les quinolones sont généralement à éviter chez les jeunes enfants, car les effets secondaires articulaires sont importants, selon les spécialistes en infectiologie pédiatrique (FDA, 2018).

Quelques précisions en lien avec les choix ci-dessous méritent d'être ajoutées. Le TMP-SMX et la doxycycline n'offrent pas une couverture fiable contre le streptocoque du groupe A (INESSS, Chrisochos *et al.*, 2023; 2025b). De plus, le TMP-SMX, la clindamycine, la doxycycline, la moxifloxacine et la lévofloxacine peuvent être associés à des taux de résistance aux antibiotiques élevés, à une efficacité moindre et/ou à un risque accru d'effets indésirables, selon le savoir expérientiel.

L'azithromycine et la clarithromycine – deux macrolides repérés durant l'extraction de l'information dans la version 2017 – sont peu ou pas représentées dans la nouvelle littérature scientifique (Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Nassisi et Oishi, 2012). D'ailleurs, l'agence de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard, dont le document a été retenu en 2017, a retiré les macrolides de ses plus récentes lignes directrices, ce qui s'aligne avec la pratique au Québec de les éviter en raison d'une résistance significative (Health PEI, 2023).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT ORAL – CELLULITE TYPIQUE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Si la personne, ou son proche, rapporte un antécédent de réaction allergique à une pénicilline (réelle allergie rare), s'assurer d'avoir [dûment évalué les risques](#) associés et déterminé, si applicables, les modalités d'administration sécuritaire avant d'opter pour une option alternative au choix de première intention.

- Les antibiotiques oraux suivants **sont recommandés** en présence d'une cellulite infectieuse typique (forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus*) :

Adultes

- Céfadroxil 500 à 1 000 mg PO BID
- Céphalexine 500 à 1 000 mg PO QID
- Cloxacilline 500 mg PO QID

Enfants

- Céphalexine 50 à 100 mg/kg/jour PO divisé TID (max 4 500 mg/jour)
- Cloxacilline 50 à 100 mg/kg/jour PO divisé QID (max 6 000 mg/jour). La cloxacilline en suspension est peu utilisée, en raison de son mauvais goût et de son interaction avec la nourriture.

- En présence d'un risque élevé de récurrence d'une réaction allergique très sévère, d'un refus de la personne, ou de son proche, d'être réexposée à une *pénicilline* ou à une céphalosporine aux propriétés similaires, ou encore de contraintes liées aux modalités d'administration sécuritaire de ces choix de première intention, **envisager** l'un des antibiotiques parmi les alternatives orales suivantes, en tenant compte des particularités propres à la personne :

Adultes

- Céfuroxime 500 mg PO BID
- Doxycycline 100 mg PO BID
- TMP-SMX 160/800 mg PO BID
- Clindamycine 300 PO QID ou 450 mg PO TID si l'infection requiert un antibiotique différent des trois premières options proposées
- Lévofoxacine 500 à 750 mg PO BID ou moxifloxacine 400 mg PO BID, à utiliser en dernier recours si aucune autre option n'est possible

Enfants

- Céfuroxime 30 mg/kg/jour divisé BID (max 1 000 mg/jour)
- Doxycycline 4 mg/kg/jour PO divisé BID (max 200 mg/jour)
- TMP-SMX 8 à 12 mg/kg/jour (en équivalent de TMP) PO divisé BID (320 mg/jour)
- Clindamycine 30 à 40 mg/kg/jour PO divisé TID (max 1 800 mg/jour) si l'infection requiert un antibiotique différent des trois premières options proposées

À noter :

- La doxycycline et le TMP-SMX n'offrent pas une très bonne couverture contre le streptocoque du groupe A.
- La préparation magistrale à partir des comprimés de TMP-SMX peut être effectuée pour faciliter son administration chez l'enfant lorsque la suspension orale n'est pas disponible.
- Selon l'état actuel des connaissances, l'usage de la doxycycline pour une durée d'au plus 20 jours chez les enfants de moins de 8 ans n'entraînerait pas d'effet sur la coloration ou la modification de la teinte des dents définitives.
- La clindamycine :
 - est associée à une antibiorésistance possible;
 - peut mener à des diarrhées et à des symptômes intestinaux qui risquent de s'aggraver et de nécessiter une consultation. Il est important d'en informer la personne ou le parent;
 - en suspension a mauvais goût. Il est possible d'améliorer le goût du médicament en pharmacie pour la population pédiatrique.
- Le céfuroxime est une céphalosporine dont les propriétés structurales et physicochimiques diffèrent de celles des *pénicillines*, contrairement à la

céphalexine, qui présente davantage de similarités. Selon le type de réaction allergique antérieure, le risque de récurrence, la sévérité de la réaction et le délai écoulé depuis celle-ci, certaines précautions peuvent être nécessaires lors de leur administration (surveillance rapprochée ou réalisation d'un test de provocation en une ou plusieurs étapes).

2.6.1.2 Antibiothérapies intraveineuses

L'administration intraveineuse des antibiotiques est proposée dans les cas de cellulite modérée chez l'adulte dans les circonstances énoncées dans les principes de traitements (section 2.5). Dans la population pédiatrique, les critères d'une administration intraveineuse sont subjectifs et la décision est prise au cas par cas, en plus de dépendre des facteurs de risque. Contrairement à la population adulte, l'inobservance n'est généralement pas un argument justifiant de recourir à un antibiotique intraveineux, vu la participation des parents dans le traitement.

Comme pour les antibiothérapies administrées par la voie orale, un traitement empirique intraveineux en première intention cible généralement les streptocoques et le *S. aureus* (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013). Les options de traitement proposées dans la littérature scientifique, et appuyée par l'expérience des cliniciens consultés, sont les suivantes :

- **Céfazoline** : 1 000 à 2 000 mg IV TID chez l'adulte et 50 à 100 mg/kg/jour IV TID chez l'enfant (Chrisochos *et al.*, 2023; Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Penner, 2026; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Pour l'adulte, une posologie de 2 000 mg IV TID est généralement utilisée dans la pratique au Québec. Selon les discussions, cet antibiotique peut être administré chez l'adulte toutes les 24 heures en y ajoutant 2 000 mg de probénécide de 15 à 30 minutes avant l'administration de la céfazoline. Le probénécide n'est administré qu'aux adultes en bonne santé, sans atteinte rénale et sur une courte période de temps, soit de 24 à 72 heures (INESSS, 2025b). Bien que le probénécide ait été retiré du marché canadien par le fabricant, il est accessible dans certains endroits au Québec où des pharmaciens en effectuent des préparations magistrales. Chez l'enfant, bien que les posologies trouvées dans la littérature scientifique pour la céfazoline concordent avec celles dans la pratique, Santé Québec – CHU Sainte-Justine privilégie un intervalle plus étroit, soit de 90 à 100 mg/kg/jour. De plus, la dose maximale diffère, soit de 3 000 mg/jour selon les documents retenus, en comparaison à 6 000 mg/jour dans la majorité des autres milieux de soin où pratiquent les parties prenantes consultées.
- **Ceftriaxone** : 1 000 à 2 000 mg IV DIE chez l'adulte et 50 mg/kg/jour IV DIE chez l'enfant (dose maximale 2 000 mg/jour) (Nassisi et Oishi, 2012; Penner, 2026; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). La ceftriaxone a une activité moins fiable contre *S. aureus* que contre *Streptococcus* sp (Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Malgré son plus large spectre d'activité, elle constitue une alternative à la céfazoline dans des cas particuliers rares, selon les parties

prenantes consultées. Entre autres, elle facilite le traitement ambulatoire vu sa faible fréquence d'administration. Sa prescription nécessite une discussion éclairée entre le professionnel de la santé et la personne pour expliquer les risques et les bénéfices de son usage. Dans la pratique, chez les adultes, sa posologie est de 2 000 mg IV DIE et, chez les enfants, elle varie de 50 ou 75 mg/kg/jour divisés en 1 ou 2 doses, selon la monographie, sans dépasser 2 000 mg/jour. Pour ce type d'infection, une seule dose quotidienne est généralement privilégiée dans la pratique pédiatrique, selon les documents consultés (guides de pratique de Santé Québec – CHU Sainte-Justine et de Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill).

Concernant la cloxacilline IV (QID) incluse dans la version 2017, une étude clinique récente effectuée chez l'adulte a démontré que cet antibiotique avait une efficacité comparable à la céfazoline (TID) dans le traitement d'une infection au *S. aureus*. De plus, les auteurs ont observé que les personnes traitées avec la céphalosporine semblaient mieux tolérer le traitement (Burdet *et al.*, 2025). Selon certaines parties prenantes consultées en 2025-2026, la gestion entourant l'administration IV de la cloxacilline complexifie son usage dans la pratique. À noter que la version 2023 du guide de gestion des antimicrobiens de , lequel avait servi à soutenir la décision d'inclure la cloxacilline IV en 2017, ne la recommande plus (Dumaresq et Masson-Roy, 2023).

D'autres antibiotiques ont été recensés dans la littérature scientifique. La vancomycine a été proposée dans un document propre à l'adulte et un autre propre à l'enfant (Chrisochos *et al.*, 2023; Sartelli *et al.*, 2022). Selon l'Association canadienne des médecins d'urgence, cet antibiotique serait plutôt réservé en cas d'allergie aux céphalosporines pour les cellulites à forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus* (Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). Les parties prenantes consultées n'utilisent pas cet antibiotique comme traitement de première intention d'une cellulite typique. Quant au TMP-SMX IV, bien qu'il soit recommandé comme une option en deuxième intention ou s'il y a un manque d'adhésion au traitement en pédiatrie dans un document, il est rarement utilisé chez l'enfant et concerne les milieux spécialisés, selon certaines parties prenantes consultées (Chrisochos *et al.*, 2023). L'administration IV de l'amoxicilline-clavulanate, du linézolide ou de la pipéracilline-tazobactam est recommandée chez l'adulte dans un seul document analysé (Sartelli *et al.*, 2022). L'amoxicilline-clavulanate est instable dans sa formulation IV et est généralement utilisée en milieu hospitalier pour cette raison (INESSS, 2025b). L'usage du linézolide, qui est un médicament d'exception non couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), n'est pas justifié lorsque d'autres options remboursées sont disponibles, comme cela est décrit dans d'autres travaux (INESSS, 2025b). La pipéracilline-tazobactam est de son côté recommandée pour une infection plus grave, dont les bactéries à Gram négatif ou la bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, lorsque suspectées, ce qui sort des objectifs des travaux (INESSS, 2025b; Sartelli *et al.*, 2022). La dalbavancine est une option attrayante pour les milieux de soins dans lesquels un suivi clinique de la personne traitée est difficile (p. ex. itinérance, toxicomanie), car elle est administrée en dose unique ou parfois en deux injections étalées sur deux semaines. Toutefois, le coût-bénéfice n'atteint pas celui des autres options proposées, ce qui semble justifier l'approche de certains centres de

soins de restreindre sa prescription aux milieux spécialisés, selon les discussions. Des spécialistes en infectiologie consultés ont d'ailleurs exprimé des préoccupations quant à la libéralisation de son usage, si l'INESSS la recommande pour une cellulite typique.

Options en cas d'allergie à une *pénicilline* ou aux *bêta-lactamines*

Comme pour les options orales, la clindamycine est l'antibiotique intraveineux le plus représenté chez l'adulte et chez l'enfant en cas d'allergie aux bêta-lactamines dans la littérature scientifique récente et dans celle de la version 2017 (Chrisochos *et al.*, 2023; HAS, 2025; Health PEI, 2023; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). La vancomycine est recommandée chez l'adulte en cas d'allergie à la céfazoline, selon l'ACMU (Yadav *et al.*, 2024a, 2024b).

Les posologies trouvées sont les suivantes :

- **Clindamycine** : 600 à 900 mg IV TID chez l'adulte et 25 à 40 mg/kg/jour IV divisés en 3 doses chez l'enfant (maximum 600 mg/dose), ce qui est corroboré par les parties prenantes et les monographies consultées. Pour l'enfant, la monographie précise une posologie de 20 à 40 mg/kg/jour répartis en 3 ou 4 doses égales. Dans les deux populations, les doses plus élevées seraient réservées à des infections plus sévères, selon la monographie canadienne. Une posologie de 40 mg/kg/jour avec une dose maximale de 2 700 mg/jour de clindamycine intraveineuse est adéquate en pédiatrie dans ce contexte, selon certaines parties prenantes consultées.
- **Vancomycine** : 15 mg/kg/dose IV BID à TID chez l'adulte (Yadav *et al.*, 2024a, 2024b). La monographie précise une posologie de 500 mg IV QID ou 1 000 mg IV BID. L'usage de la vancomycine en pédiatrie peut parfois être privilégié sur celui de la clindamycine pour éviter les enjeux cliniques liés à l'antibiorésistance (p. ex. risque d'aggravation ou infection sévère), ce qui est corroboré par certains spécialistes en pédiatrie consultés (Chrisochos *et al.*, 2023). La posologie de la vancomycine chez l'enfant est de 40 mg/kg/jour divisés en 3 ou 4 doses, selon la monographie, et peut atteindre 60 mg/kg/jour divisés en 4 doses, selon les discussions. Toutefois, d'autres facteurs inhérents à la personne (p. ex. âge, obésité) peuvent dicter le choix de la dose quotidienne chez l'enfant ou l'adulte, selon la monographie. Dans d'autres travaux récents de l'Institut, il a été spécifié que la vancomycine nécessite un suivi des dosages par les pharmaciens. Conséquemment, l'ajustement de la posologie selon la pratique locale est requis (INESSS, 2025b).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT IV – CELLULITE TYPIQUE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Si la personne, ou son proche, rapporte un antécédent de réaction allergique à une pénicilline (réelle allergie rare), s'assurer d'avoir [dûment évalué les risques](#) associés et déterminé, si applicables, les modalités d'administration sécuritaire avant d'opter pour une option alternative au choix de première intention.

- Les antibiotiques IV suivants **sont recommandés** en présence d'une cellulite infectieuse typique (avec forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus*) :

Adultes

- Céfazoline 2 000 mg IV TID
- Ceftriaxone 2 000 mg IV DIE
- Si une antibiothérapie IV est nécessaire et qu'il y a un enjeu avec les options proposées (p. ex. itinérance, toxicomanie), consulter un spécialiste.

Enfants

- Céfazoline 50 à 100 mg/kg/jour IV divisé TID (max 6 000 mg/jour)
- Ceftriaxone 50 à 75 mg/kg IV divisé DIE (max 2 000 mg/jour). Elle peut être une alternative valable lorsque les autres options de traitement ne peuvent être utilisées.
- En présence d'un risque élevé de récurrence d'une réaction allergique très sévère, d'un refus de la personne, ou de son proche, d'être réexposée à une *pénicilline* ou à une céphalosporine aux propriétés similaires, ou encore de contraintes liées aux modalités d'administration sécuritaire de ces choix de première intention, **envisager** l'un des antibiotiques parmi les alternatives orales suivantes, en tenant compte des particularités propres à la personne :

Adultes

- Clindamycine 600 à 900 mg IV TID
- Vancomycine selon l'avis d'un collègue expérimenté ou d'un pharmacien

Enfants

- La clindamycine 40 mg/kg/jour IV divisé TID (max 2 700 mg/jour)
- Vancomycine selon l'avis d'un collègue expérimenté ou d'un pharmacien

À noter :

- La céfazoline peut être administrée toutes les 24 heures lors d'un traitement intraveineux ambulatoire en ajoutant 2 000 mg de probénécide 15 à 30 minutes avant l'administration de la céfazoline chez les adultes en bonne santé, sans atteinte rénale et pour une courte période seulement (24 à 72 heures).
- En raison de son large spectre et des risques accrus d'infection à *C. difficile* et autres effets secondaires, la ceftriaxone devrait être utilisée uniquement comme

alternative à la céfazoline dans les rares cas où cette dernière ne peut être utilisée.

- La clindamycine :
 - est associée à une antibiorésistance possible;
 - peut mener à des diarrhées et à des symptômes intestinaux qui risquent de s'aggraver et de nécessiter une consultation. Il est important d'en informer la personne ou le parent;
 - en suspension a mauvais goût. Il est possible d'améliorer le goût du médicament en pharmacie pour la population pédiatrique.

2.6.2 Cellulite infectieuse associée à une morsure animale commune ou humaine

Cette section est un rappel général des recommandations publiées dans les travaux de l'Institut sur la prise en charge des [plaies traumatiques](#), qui incluent une section particulière pour les cas de morsures animales ou humaines. Aucune extraction de l'information *de novo* n'a été effectuée, car la prise en charge n'a pas changé depuis cette publication, selon la recherche exploratoire entreprise avant la mise à jour des présents travaux. Le lecteur est invité à consulter le rapport sur les [soins de plaies](#) pour les détails sur les recommandations présentées ci-après.

À noter que la prise en charge des cellulites associées à des morsures animales communes ou humaines peut être complexe et nécessiter une évaluation plus approfondie auprès de médecins spécialistes, surtout dans les cas de morsures profondes, selon les parties prenantes consultées. Les recommandations étant propres aux situations observées en première ligne, les options de traitements oraux couvrent la majorité des cas simples. Dans la pratique, la voie IV ne serait prescrite que pour les cas compliqués qui requièrent une évaluation supplémentaire en chirurgie ou en infectiologie (p. ex. une blessure plus profonde, des signes cliniques de sepsis ou des dommages tissulaires nécessitant une chirurgie exploratoire ou du débridement).

En cas de morsures animales communes ou humaines, une antibioprophylaxie est généralement requise (INESSS, 2024a). Cette approche est d'autant plus importante si la personne présente des conditions médicales qui pourraient retarder ou compromettre la guérison (p. ex. immunosuppression, asplénie) (INESSS, 2024a; Stevens *et al.*, 2014).

Selon les travaux sur les soins de plaies, il n'existe pour l'instant aucune preuve scientifique ou donnée probante comparant différents antibiotiques pour guider la prise de décision et éclairer le choix de l'antibioprophylaxie en cas de morsures humaines et animales. Par conséquent, les différents documents et lignes directrices consultés ont fondé leurs recommandations sur le savoir expérientiel de leurs collaborateurs, les pratiques dans leur contexte selon l'antibiorésistance locale ainsi que sur la nécessité de proposer des choix en fonction des spectres d'activité couvrant les agents pathogènes ciblés (INESSS, 2024a).

La durée de l'antibioprophylaxie et de l'antibiothérapie empirique est détaillée dans la section « Durée » de ce rapport.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT – CELLULITE ASSOCIÉE À UNE MORSURE ANIMALE COMMUNE OU HUMAINE

Les recommandations en lien avec l'antibioprophylaxie sont disponibles dans le Guide et normes des [soins de plaies](#) – section sur la prophylaxie postexposition et l'antibiothérapie.

2.6.3 Cellulite faciale d'origine dentaire

Les cellulites faciales d'origine dentaire qui s'étendent jusqu'à la peau au point où la cellulite est visible de l'extérieur sont rares, selon des parties prenantes consultées. Une dégradation de l'état général et l'apparition de signes systémiques peuvent survenir rapidement chez un enfant dans ce contexte. Leur prise en charge requiert de la prudence. Une observation en milieu hospitalier est souvent préférable.

Plusieurs documents retenus proposent des antibiothérapies dans les cas de cellulite faciale d'origine dentaire (BPACnz, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022b; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020; Wilson et Caglar, 2013).

D'autres documents majoritairement canadiens ont été consultés pour mettre en perspective l'information trouvée dans la littérature scientifique internationale retenue. Notons que les options intraveineuses pour ce type de cellulite dépassent la portée des travaux et ne sont pas présentées, car elles concernent les personnes hospitalisées (Palmer, 2020). Les antibiotiques oraux suivants sont proposés dans la littérature et appuyés par la pratique des parties prenantes consultées :

- **Amoxicilline** : 500 mg PO TID chez l'adulte et un maximum de 1 500 à 3 000 mg/jour chez l'enfant (AADP, 2025; BPACnz, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; CRNS, 2022b; Isabel *et al.*, 2022; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020). Bien qu'en 2017 l'INESSS n'avait pas inclus l'amoxicilline comme traitement en pédiatrie, l'expérience de spécialistes en dentisterie pédiatrique consultés en 2025-2026, corroborée par les recommandations de certains milieux hospitaliers du Québec et celles de l'American Academy of Pediatric Dentistry (AADP) publiées en 2025, indique que cet antibiotique est utilisé en première intention chez l'enfant (AADP, 2025; MHUC, 2025a). Les posologies pédiatriques trouvées dans la littérature varient de 15 à 100 mg/kg/jour, selon l'origine des documents internationaux (BPACnz, 2025; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020). Enfin, les lignes directrices de l'AADP qui sont utilisées actuellement par les pédodontistes consultés et un document canadien recommandent une dose de 20 à 40 mg/kg/jour PO divisés en 2 ou 3 doses (max 1 500 mg/jour) respectivement (AADP, 2025; CRNS, 2022b). Du côté de Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, une posologie de 15 à 20 mg/kg/jour PO TID est proposée pour un abcès dentaire ou une cellulite buccale, et non pour une cellulite faciale (Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025a). La monographie canadienne indique une posologie de 40 mg/kg/jour PO divisés en 3 doses chez les enfants de moins de 20 kg. Selon les parties prenantes consultées, une posologie d'amoxicilline inférieure à 40 mg/kg/jour pour une cellulite faciale ne correspond pas à la pratique dans les soins de la première ligne au Québec.

Certains enjeux ont été soulevés avec une posologie trop faible qui pourrait compromettre l'efficacité du traitement. La posologie utilisée est généralement de 40 mg/kg/jour avec une marge de 50 mg/kg/jour pour en faciliter la préparation.

- **Amoxicilline-clavulanate** : 500/125 mg PO TID ou 875/125 mg PO BID ou TID chez l'adulte et les enfants de plus de 40 kg (CRNS, 2022b; Palmer, 2020). Certains auteurs et les parties prenantes consultées précisent toutefois que l'amoxicilline-clavulanate concerne les cas les plus sévères ou bien elle est utilisée en deuxième intention (Isabel *et al.*, 2022; Palmer, 2020; RCHM, 2024). Chez l'enfant de 40 kg et moins, l'usage de l'amoxicilline-clavulanate est recommandé dans quelques documents retenus (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022b; Wilson et Caglar, 2013). Plusieurs dentistes pédiatriques au Québec et le College of Registered Nurses of Saskatchewan (CRNS) utilisent les posologies trouvées dans les lignes directrices récentes de l'AADP, soit 25 à 45 mg/kg/jour PO BID (dose maximale de 1 750 mg/jour), ce qui est appuyé par la pratique des parties prenantes consultées en 2025-2026 (AADP, 2025; CRNS, 2022b). Ces posologies sont inférieures à ce qui avait été recommandé en 2017 (45 à 60 mg/kg/jour PO divisés en 3 doses et une dose maximale de 1 500 mg/jour). Les posologies pédiatriques recensées dans la littérature récente sont comprises entre 40 et 50 mg/kg/jour divisés en 2 ou 3 doses (Alberta children's hospital, 2026a; Chrisochos *et al.*, 2023; Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025a; RCHM, 2024). Cette différence entre les posologies prescrites dans les cliniques dentaires et les cliniques de médecine générale pourrait être expliquée par la rareté des cellulites infectieuses faciales ou les œdèmes extrabuccaux rencontrés dans les cliniques dentaires pédiatriques. Ces cas sont généralement transférés vers un centre d'urgence dentaire ou médical, selon des pédodontistes consultés. La posologie chez l'adulte est de 875/125 mg PO BID et de 45 mg/kg/jour PO divisés en 2 doses chez l'enfant pour en faciliter son administration (dose maximale de 1 500 mg/jour), selon l'expérience des cliniciens consultés, appuyée par les monographies canadiennes. À Santé Québec – CHU Sainte-Justine, la dose maximale pédiatrique atteint parfois 2 625 mg/jour selon le contexte.
- **Pénicilline V** : 300 mg PO QID chez l'adulte (Isabel *et al.*, 2022). D'un point de vue expérientiel, l'utilisation de la pénicilline V est rare et réservée aux infections pour lesquelles l'amoxicilline ne peut être utilisée et si un germe sensible à cette dernière a clairement été identifié. Chez l'enfant, la suspension orale de pénicilline V n'est pas disponible au Québec en raison de problèmes d'approvisionnement, ce qui limite l'usage de cet antibiotique en pédiatrie.

D'autres antibiotiques ont été repérés dans la littérature consultée, tels que le métronidazole, l'érythromycine, la phénoxyéthylpénicilline et l'ampicilline/sulbactam (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022b; Palmer, 2020; Wilson et Caglar, 2013). Le métronidazole seul serait peu utilisé dans la pratique et pourrait être combiné à la pénicilline V dans les infections plus légères. Toutefois, un certain doute a été soulevé par les parties prenantes consultées face à la redondance des pathogènes bactériens ciblés. De plus, l'efficacité de cette combinaison aurait été extrapolée de données *in vitro*

dans lesquelles l'avantage clinique n'a pas été démontré clairement (Blandino *et al.*, 2007; Flynn, 2011). L'érythromycine, la phénoxyméthylpénicilline et l'ampicilline-sulbactam ne sont pas utilisées au Québec (INESSS, 2025b).

Options en cas d'allergie à une *pénicilline* ou aux *bêta-lactamines*

Dans ce contexte, la clindamycine est l'option de traitement chez l'adulte ou l'enfant selon quatre documents, les lignes directrices de l'AADP et les parties prenantes consultées (AADP, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022b; Palmer, 2020; Wilson et Caglar, 2013). Toutefois, la clarithromycine et l'azythromycine, mentionnées dans deux documents chacun, sont couramment utilisées au Québec selon les parties prenantes consultées (AADP, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; CRNS, 2022b; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020). Ces deux antibiotiques sont moins associés aux infections à *Clostridioides difficile* en comparaison à la clindamycine et sont efficaces en cas d'infections orales par des anaérobies (Leroy *et al.*, 2020). L'Ordre des dentistes du Québec, appuyé par la perspective des cliniciens, positionne l'azithromycine comme choix à privilégier en cas d'allergie sévère (Isabel *et al.*, 2022). L'administration de l'azithromycine chez l'enfant est aussi facilitée par son goût meilleur, selon les discussions. La céphalexine chez l'adulte et chez l'enfant, option absente des travaux 2017, est aussi recommandée en cas d'allergie non sévère dans quelques documents, ce qui est corroboré dans la pratique (AADP, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Isabel *et al.*, 2022). Choosing Wisely ajoute le céfuroxime en cas d'allergie sévère chez l'adulte (Choosing wisely Canada, 2024). Selon certaines parties prenantes consultées, cet antibiotique n'apporte pas de valeur ajoutée tangible aux autres options, car elle détient un spectre plus large que la céphalexine sans mieux couvrir les germes impliqués dans ce contexte. Bien que le métronidazole et la doxycycline soient recommandés dans certains documents, ils sont peu utilisés dans la pratique au Québec, selon les discussions (AADP, 2025; CRNS, 2022b; Palmer, 2020). Concernant les fluoroquinolones incluses dans la version antérieure des travaux, comme discuté auparavant dans la section sur la cellulite infectieuse typique, l'usage des fluoroquinolones comporte des effets indésirables notables en plus de ne pas cibler les pathogènes pertinents à la cellulite d'origine dentaire, selon les parties prenantes consultées. La lévofloxaciné et la moxifloxaciné n'ont d'ailleurs pas été trouvées dans les documents récents analysés dans le cadre de ce type d'infection.

Les posologies trouvées pour les alternatives possibles dans le contexte d'une allergie aux *pénicillines* sont les suivantes :

- **Céphalexine** : 500 à 1 000 mg PO QID (dose maximale de 4 000 mg/jour) chez l'adulte; 25 à 50 mg/kg/jour PO TID ou QID chez l'enfant (dose maximale de 2 000 mg/jour) (AADP, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; CRNS, 2022b). Bien que la céfalexine soit recommandée sans allergie réelle dans deux documents canadiens retenus, les lignes directrices récentes de l'Ordre des dentistes du Québec et celles de l'AADP la recommandent comme une option alternative en cas d'allergie légère aux *pénicillines* (AADP, 2025; Isabel *et al.*, 2022).

- **Azithromycine** : 500 mg PO DIE au jour 1 et 250 mg PO DIE aux jours 2 à 5 chez l'adulte; 10 mg/kg/jour chez l'enfant ont été proposés dans deux documents, dont celui de Choosing Wisely (Choosing wisely Canada, 2024; Leroy *et al.*, 2020). Selon l'AADP, la posologie de l'azithromycine chez l'enfant est de 10 à 12 mg/kg DIE (dose maximale de 500 mg) au jour 1 et de 5 à 6 mg/kg DIE les jours suivants (AADP, 2025).
- **Clindamycine** : 350 à 450 mg PO QID chez l'adulte; 20 à 40 mg/kg/jour PO divisés en 3 doses (dose maximale de 1 800 mg/jour) (AADP, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022b; Palmer, 2020; Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025a; Wilson et Caglar, 2013). D'un point de vue expérientiel, la clindamycine peut être prescrite pour les infections légères à modérées dans un milieu de soins ambulatoires. Elle est favorisée en cas d'allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines en raison de sa bonne efficacité et de son spectre d'activité qui couvre les bactéries anaérobies. Le Royal College of Surgeons of England exprime tout de même des réserves sur la prescription systématique de la clindamycine pour les infections dentaires et recommande que cette dernière fasse l'objet d'une consultation avec un spécialiste en microbiologie ou en maladies infectieuses (Palmer, 2020).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT – CELLULITE D'ORIGINE DENTAIRE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Si la personne, ou son proche, rapporte un antécédent de réaction allergique à une pénicilline (réelle allergie rare), s'assurer d'avoir [dûment évalué les risques](#) associés et déterminé, si applicables, les modalités d'administration sécuritaire avant d'opter pour une option alternative au choix de première intention.

- Les antibiotiques oraux suivants **sont recommandés** en présence d'une cellulite infectieuse d'origine dentaire :

Adultes

- Amoxicilline 500 mg PO TID
- Pénicilline V 300 mg PO QID
- Amoxicilline-clavulanate 875/125 mg PO BID pour une cellulite infectieuse modérée étendue ou en cas d'échec en première intention

Enfants

- Amoxicilline 40 à 50 mg/kg/jour PO divisé TID (dose maximale 1 500 mg/jour)
- Amoxicilline-clavulanate 45 mg/kg/jour PO divisé BID (max 1 500 mg/jour)
- En présence d'un risque élevé de récurrence d'une réaction allergique très sévère, d'un refus de la personne, ou de son proche, d'être réexposée à une *pénicilline* ou à une céphalosporine aux propriétés similaires, ou encore de contraintes liées aux modalités d'administration sécuritaire de ces choix de première intention,

envisager l'un des antibiotiques parmi les alternatives orales suivantes, en tenant compte des particularités propres à la personne :

Adultes

- Céphalexine 500 mg PO QID
- Azithromycine 500 mg PO DIE au jour 1 et 250 mg PO DIE aux jours suivants
- Clindamycine 300 PO QID ou 450 mg PO TID

Enfants

- Céphalexine 50 à 100 mg/kg/jour PO divisé TID (max 2 000 mg/jour)
- Azithromycine 10 à 12 mg/kg en dose unique au jour 1 et 5 à 6 mg/kg en dose unique les jours suivants (max 500 mg)
- Clindamycine 30 à 40 mg/kg/jour PO divisé TID (max 1 800 mg/jour)

À noter :

- La formulation 7:1 (200 mg/5 ml ou 400 mg/5 ml) de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.
- La clindamycine :
 - est associée à une antibiorésistance possible;
 - peut mener à des diarrhées et à des symptômes intestinaux qui risquent de s'aggraver et de nécessiter une consultation. Il est important d'en informer la personne ou le parent;
 - en suspension a mauvais goût. Il est possible d'améliorer le goût du médicament en pharmacie pour la population pédiatrique.

2.6.4 Cellulite préseptale (périorbitaire) atraumatique d'origine sinusale

Pour la mise à jour, un seul document propre à la population générale (adultes et enfants), le Best Practice Advocacy Centre de la Nouvelle-Zélande ainsi que trois documents spécialisés en soins hospitaliers pédiatriques proposent des antibiothérapies pour une cellulite infectieuse préseptale (périorbitaire) (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021). L'administration PO est recommandée pour ce type de cellulite de gravité légère (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021). Les options d'antibiotiques varient selon la présence ou non d'un bris cutané.

En absence de bris cutané (cellulite infectieuse atraumatique), une cellulite préseptale associée à une conjonctivite bactérienne mène généralement à la suspicion d'une cellulite infectieuse d'origine sinusale. Dans ce contexte, les antibiotiques suivants ont été recensés dans les documents retenus :

- **Amoxicilline** : recommandée dans un seul document, à une posologie de 500 mg à 1 000 mg PO TID chez l'adulte et de 15 à 30 mg/kg/dose PO TID chez l'enfant (max 500 mg/dose pour les moins de 5 ans et 1 000 mg/dose pour les

autres) (BPACnz, 2025). Bien que l'amoxicilline soit absente de la version 2017, car considérée sous-optimale pour traiter une cellulite préseptale atraumatique, la SCP a ravivé le sujet en la recommandant récemment chez les enfants et les adolescents en bonne santé et avec un statut vaccinal adéquat (Gill *et al.*, 2026). Selon les avis recueillis, cet antibiotique est un traitement adéquat à forte dose chez l'enfant et l'adulte. L'amoxicilline est utilisée en première intention lorsque les bactéries *Haemophilus influenzae* (Hi) et *Moraxella catarrhalis* ne sont pas suspectées, car elles peuvent s'avérer résistantes, selon les parties prenantes consultées. Conséquemment, et compte tenu des conséquences d'une aggravation de la cellulite préseptale, l'usage de l'amoxicilline dans ce contexte s'accompagne d'un suivi rapproché pour réduire le risque d'aggravation en cas d'échec de traitement.

- **Amoxicilline-clavulanate** : recommandée à forte dose (1 000 mg PO BID) dans le cas de cellulites préseptales sévères chez l'adulte (Chow *et al.*, 2012). Une posologie de 625 mg PO TID peut être administrée en deuxième intention selon un document (BPACnz, 2025). L'amoxicilline-clavulanate est proposée pour la cellulite préseptale sans bris cutané chez l'enfant, selon cinq documents pédiatriques, dont celui provenant de Santé Québec – CHU Sainte-Justine mis à jour en 2020, celui de Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill mis à jour en 2025 et celui de l'Alberta Children's Hospital mis à jour en 2026 (Alberta children's hospital, 2026b; Chrisochos *et al.*, 2023; Hoffe *et al.*, 2015; Horner *et al.*, 2021; Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025b). Cet antibiotique est aussi une des alternatives orales recommandées dans le livre de référence *Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy* de l'American Academy of Pediatrics (Palazzi *et al.*, 2025). Il cible à la fois les streptocoques, le *S. aureus*, le *Streptococcus pneumoniae* et l'Hi, les agents causaux de la cellulite préseptale d'origine sinusale. La SCP précise que l'amoxicilline-clavulanate est privilégiée lors d'un échec de traitement avec l'amoxicilline et chez les enfants dont le statut vaccinal contre l'Hi de type b est inadéquat, ou vivant dans des régions où l'Hi de type a est fréquent. Il est administré à 90 mg/kg/jour PO divisés en 3 doses chez l'enfant selon trois documents ou de 40 à 50 mg/kg/jour PO divisés en 3 doses, selon l'Alberta Children's Hospital (Alberta children's hospital, 2026b; Chrisochos *et al.*, 2023; Hoffe *et al.*, 2015; Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025b; Trottier *et al.*, 2020). En cohérence avec une dose forte utilisée chez l'adulte et les travaux de l'Institut sur les rhinosinusites bactériennes aiguës sévères qui peuvent évoluer vers une cellulite préseptale, la forte dose orale de 90 mg/kg/jour PO divisés en 3 doses a été incluse dans le présent rapport (INESSS, 2016). La dose maximale de l'amoxicilline-clavulanate varie de 1 200 à 4 000 mg par jour selon le poids de l'enfant et la littérature consultée, Santé Québec – CHU Sainte-Justine et Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, ayant recommandé une dose maximale de 3 000 mg par jour (Chrisochos *et al.*, 2023; Hoffe *et al.*, 2015; Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025b; Trottier *et al.*, 2020; Wald *et al.*, 2013). La monographie de l'amoxicilline-clavulanate soutient l'administration orale d'amoxicilline-clavulanate à forte dose (875/125 mg BID chez l'adulte; 90 mg/kg/jour divisés en 3 doses

chez l'enfant, avec une dose maximale de 3 000 mg par jour chez l'enfant) pour les cellulites préseptales légères, ce qui est corroboré par les parties prenantes consultées.

En présence d'un bris cutané (cellulite infectieuse traumatique), l'antibiothérapie de la cellulite préseptale est la même que celle proposée pour les cellulites typiques (avec forte suspicion de streptocoques ou de *S. aureus*), puisque les agents pathogènes les plus susceptibles d'être en cause sont les mêmes dans ce cas-ci, selon trois documents et les parties prenantes consultées (Chrisochos *et al.*, 2023; Hoffe *et al.*, 2015; RCHM, 2021).

Options en cas d'allergie à une pénicilline ou aux bêta-lactamines

Deux documents présentent les alternatives en cas d'allergie aux pénicillines dans ce contexte. La doxycycline est recommandée chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans dans un document (BPACnz, 2025), une option corroborée par les cliniciens spécialisés en infectiologie et adéquate aussi chez l'enfant. Bien qu'une posologie de 200 mg le premier jour suivis de 100 mg PO BID les jours suivants soit proposée dans le document, la doxycycline est utilisée à 100 mg PO BID chez l'adulte et à 4 mg/kg/jour PO BID chez l'enfant, selon la pratique au Québec. Certains centres hospitaliers pédiatriques canadiens recommandent aussi le céfuroxime chez l'enfant à une posologie de 15 mg/kg/dose (max 500 mg/dose) ou de 20 à 30 mg/kg/jour (max 500 mg/dose) PO divisés BID (Alberta children's hospital, 2026b; Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill, 2025b). La posologie la plus élevée est privilégiée dans ce contexte, selon le savoir expérientiel. Cet antibiotique est aussi une option chez l'adulte à la posologie de 500 mg PO BID. Notons que le céfuroxime est une option de même rang que l'amoxicilline-clavulanate dans le traitement de la cellulite d'origine dentaire. Il permet de contourner la résistance à l'amoxicilline et est privilégié en cas d'intolérance à l'amoxicilline-clavulanate (p. ex. effets indésirables gastro-intestinaux), selon les avis recueillis. La lévofloxacinine a été soulevée dans un document propre à la population pédiatrique et est utilisée à Santé Québec – CHU Sainte-Justine (Chrisochos *et al.*, 2023). Comme discuté auparavant, les fluoroquinolones sont à éviter en général. Toutefois, la moxifloxacinine demeure une option valable en dernier recours, selon les parties prenantes consultées et certains milieux⁹. Sa posologie est de 400 mg PO BID chez l'adulte et, dans le contexte pédiatrique, il est conseillé de recueillir l'avis d'un collègue expérimenté ou d'un pharmacien.

⁹ [Guide d'antibiothérapie de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire – Cellulite périoculaire](#). Consulté le 24 avril 2026.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT – CELLULITE PRÉSEPTALE ATRAUMATIQUE SIMPLE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Seuls les cas simples de cellulite préseptale (périorbitaire) **devraient être traités** en première ligne.

Si la personne, ou son proche, rapporte un antécédent de réaction allergique à une pénicilline (réelle allergie rare), s'assurer d'avoir dûment évalué les risques associés et déterminé, si applicables, les modalités d'administration sécuritaire avant d'opter pour une option alternative au choix de première intention.

- Les antibiotiques oraux suivants **sont recommandés** en présence d'une cellulite infectieuse préseptale simple :

Adultes

- Amoxicilline 1 000 mg PO TID (suivi rapproché requis)
- Amoxicilline-clavulanate 875/125 mg PO BID si une couverture plus large est requise
- Céfuroxime 500 mg PO BID si une couverture plus large est requise

Enfants

- Amoxicilline 90 mg/kg/jour PO divisé BID (max 4 000 mg/jour; suivi rapproché requis)
- Amoxicilline-clavulanate 90 mg/kg/jour PO divisé TID (max 3 000 mg/jour) si une couverture plus large est requise
- Céfuroxime 30 mg/kg/jour PO divisé BID (max 1 000 mg/jour) si une couverture plus large est requise
- En présence d'un risque élevé de récurrence d'une réaction allergique très sévère, d'un refus de la personne, ou de son proche, d'être réexposée à une *pénicilline* ou à une céphalosporine aux propriétés similaires, ou encore de contraintes liées aux modalités d'administration sécuritaire de ces choix de première intention, **envisager** l'un des antibiotiques parmi les alternatives orales suivantes, en tenant compte des particularités propres à la personne :

Adultes

- Céfuroxime 500 mg PO BID
- Doxycycline 100 mg PO BID
- Moxifloxacine 400 mg PO DIE en dernier recours

Enfants

- Céfuroxime 30 mg/kg/jour divisé BID (max 1 000 mg/jour)
- Doxycycline 4 mg/kg/jour divisé BID (max 200 mg/jour)
- Moxifloxacine selon l'avis d'un collègue expérimenté ou d'un pharmacien

À noter :

- La formulation 7:1 (200 mg/5 ml ou 400 mg/5 ml) de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.
- Le céfuroxime est une céphalosporine avec des propriétés structurales et physicochimiques différentes de celles des pénicillines. Selon le type de réaction allergique, le risque de récurrence, la sévérité et le délai depuis la réaction antérieure, des précautions à l'administration pourraient être requises. Détails dans les algorithmes.
- Selon l'état actuel des connaissances, l'usage de la doxycycline pour une durée d'au plus 20 jours chez les enfants de moins de 8 ans n'entraînerait pas d'effet sur la coloration ou la modification de la teinte des dents définitives.

2.6.5 Cellulite infectieuse causée par le SARM

2.6.5.1 Antibiorésistance

Les SARM sont des souches résistantes à tous les antibiotiques de la famille des bêta-lactamines, des antibiotiques de choix pour le traitement des cellulites infectieuses. À l'échelle canadienne, les bactériémies causées par le SARM communautaire étaient en croissance de 2018 à 2022 (Alexandre *et al.*, 2024). Il est estimé que ce type d'infection coûte environ 8 000 \$ canadiens de plus que le traitement d'une infection sensible à la méthicilline (Alexandre *et al.*, 2024). Le plus récent rapport de surveillance du SARM isolé de pus superficiels et de pus profonds de la peau et des tissus mous de la clientèle ambulatoire remonte à 2015, année où le programme de surveillance a cessé. Selon le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), les SARM représentaient 10 % des *S. aureus* totaux isolés, dont 64 % avaient un profil épidémique communautaire (INSPQ, 2016). Actuellement, au Québec, le SARM ne serait pas ciblé d'emblée, à moins de la présence des facteurs de risque cités dans la section correspondante du présent rapport (INESSS, 2025b). D'autres résistances bactériennes émergentes ont aussi été rapportées par le Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (SCSRA), notamment à la vancomycine, à la ciprofloxacine, à la lévofloxacine, à la pénicilline, à la tétracycline, au TMP-SMX et à la clindamycine (Alexandre *et al.*, 2024). En exemple, les antibiogrammes de 2022 de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval¹⁰ et ceux de 2023 de Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire¹¹ révèlent une sensibilité du SARM au TMP-SMX variant de 88 % à 93 % et à la clindamycine de 60 % à 65 %. Pour cette dernière, le *S. aureus* sensible à la méthicilline montre une sensibilité de 77 à 79 % et les streptocoques β -hémolytiques du groupe B montrent une sensibilité de 69 % à 72 %.

¹⁰ [Antibiogrammes cumulatifs 2022 de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval](#). Consulté le 22 avril 2026.

¹¹ [Antibiogrammes cumulatifs 2023 de Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire](#). Consulté le 22 avril 2026.

2.6.5.2 Antibiothérapies orales

Trois documents d'origine américaine retenus en 2017 recommandaient un traitement empirique couvrant les souches de SARM communautaire en présence de purulence en attendant les résultats de culture (Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Wilson et Caglar, 2013). Une couverture antibiotique pour ces souches est aussi recommandée en deuxième intention si les souches de *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline ont été couvertes en première intention (Liu *et al.*, 2011). Ces approches alarmistes ne sont pas fondées, car les cellulites infectieuses sont rarement causées par les souches de SARM, selon les travaux sur le pied diabétique infecté, les recommandations de l'IDSA et les parties prenantes consultées (INESSS, 2025b; Stevens *et al.*, 2014).

Toutefois, il pourrait être prudent de couvrir cette cible en présence de facteurs de risque (voir la section « Recherche de circonstances particulières ») et dans les cas de cellulite associée à un trauma pénétrant (en particulier ceux causés par l'injection de drogues), à une cellulite grave, à une immunosuppression, à une colonisation nasale avec SARM ou à des signes d'infection à SARM sur une autre partie du corps (Stevens *et al.*, 2014).

L'approche thérapeutique d'une cellulite infectieuse causée par le SARM chez l'adulte est semblable à celle d'un pied diabétique infecté par cette même bactérie.

L'argumentaire sur lequel reposent les recommandations dans cette population est disponible dans le *Guide et normes* correspondant¹². Mentionnée comme option de traitement en 2017, la minocycline n'est pas un antibiotique recommandé dans les documents récents retenus. Les parties prenantes consultées en 2025-2026 ne prescrivent pas non plus cet antibiotique pour traiter une cellulite causée par le SARM. Concernant le TMP-SMX comme choix d'antibiotique pour traiter le SARM, plusieurs experts dans le domaine utilisent de 8 à 10 mg/kg de TMP pour ce type d'infection chez l'adulte, selon certaines parties prenantes spécialisées en pharmacologie infectiologie.

Les options d'antibiotiques pour traiter les infections à SARM chez l'enfant ont été tirées des documents retenus et sont les suivantes :

- **Clindamycine** (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Penner, 2026; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020; RCHM, 2021; Wilson et Caglar, 2013) : la posologie pédiatrique varie de 10 à 15 mg/kg/dose TID ou rarement QID, sans dépasser 450 ou 600 mg/dose, selon des documents internationaux (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2020; RCHM, 2021). Le *Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy* recommande plutôt la clindamycine à la posologie de 30 à 40 mg/kg/jour PO TID en présence de SARM (Palazzi *et al.*, 2025). Du point de vue canadien, la SCP privilégie une dose de 20 à 30 mg/kg/jour PO BID (Penner 2026) et un autre document retenu recommande de 20 à 40 mg/kg/jour PO TID à QID pour une prise en charge en milieu ambulatoire (CRNS, 2022a; Penner, 2026). Pour fin de cohérence dans le présent rapport, les posologies de la clindamycine en cas de SARM ont été tirées d'autres sections intégrant cet antibiotique, soit de 30 à 40 mg/kg/jour PO divisés TID (max 1 800 mg/jour). La clindamycine ne devrait être administrée qu'en présence d'une souche bactérienne sensible à celle-ci.

¹² [Guide et normes sur l'usage optimal de l'antibiothérapie pour l'infection du pied diabétique.](#)

Selon certains documents, la résistance bactérienne est testée avant son usage si un échantillon cultivable est présent (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; Horner *et al.*, 2021).

- **Doxycycline** : 2 mg/kg/dose BID chez les enfants d'au plus 45 kg (Chrisochos *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014). La doxycycline est aussi recommandée dans le *Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy* à la posologie de 4,4 mg/kg/jour PO en une dose le premier jour et de 2,2 à 4,4 mg/kg/jour DIE ou BID les jours suivants, sans dépasser la dose de 200 mg/jour (Palazzi *et al.*, 2025). Une posologie de 4 mg/kg/jour PO divisés en 2 doses (200 mg/jour) est recommandée pour une prise en charge en milieu ambulatoire, selon deux document canadien, les parties prenantes consultées et la monographie de la doxycycline (CRNS, 2022a; Penner, 2026). L'usage de la doxycycline aux doses de 2 à 20 mg/kg/jour et pour des durées totales moyennes comprises de 6 à 20 jours chez les enfants de moins de 8 ans n'entraînerait pas d'effet sur la coloration ou la modification de la teinte des dents définitives (INESSS, 2019b).
- **Triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX)** : 4/20 à 6/30 mg/kg BID chez l'enfant (Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014). Le TMP-SMX et les tétracyclines n'offrent pas une très bonne couverture contre le streptocoque du groupe A. Le TMP-SMX ne possède pas d'indication particulière pour le traitement des infections de la peau et des tissus mous au Canada. Il a toutefois une très bonne efficacité sur le terrain dans le traitement des infections de la peau causées par le SARM, selon des parties prenantes consultées. D'ailleurs, le protocole de soins élaboré par des experts de Santé Québec – CHU Sainte-Justine et la SCP proposent chez l'enfant son administration PO en composante 8 à 12 mg/kg/jour, soit 4 à 6 mg/kg/dose (max 160 mg/dose de TMP) BID (Hoffe *et al.*, 2015; Penner, 2026). Cela est soutenu par le *Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy*, qui recommande une dose de 8 mg/kg/jour PO BID (Palazzi *et al.*, 2025). Une solution magistrale de TMP-SMX à partir des comprimés remplace actuellement la forme liquide non disponible en 2026, selon certaines parties prenantes consultées.
- **Linézolide** : recommandé dans deux documents retenus dans un contexte hospitalier pédiatrique (Horner *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2011). C'est un médicament d'exception de la RAMQ, au coût élevé et dont l'un des critères concerne les cas d'infections prouvées ou présumées à SARM lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à SARM amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier (RAMQ, 2026). À noter que Santé Canada n'a pas autorisé son usage dans la population pédiatrique par manque de données produites chez les moins de 18 ans, selon la monographie canadienne.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT ORAL – CELLULITE AVEC SUSPICION DE SARM

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Une antibiothérapie contre SARM **pourrait être considérée** seulement en présence de purulence ET de facteurs de risque OU après la confirmation microbiologique.

Adultes

- Les recommandations en lien avec l'antibiothérapie contre le SARM sont disponibles dans le [Guide et normes du pied diabétique infecté](#) – section « Infections par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline – SARM ».

Enfants

- Les antibiotiques oraux suivants **sont recommandés** en présence d'une cellulite infectieuse avec suspicion de SARM :
 - TMP-SMX 8 à 12 mg/kg/jour (en équivalent de TMP) PO divisé BID (max 320 mg de TMP/jour)
 - Doxycycline 4 mg/kg/jour divisé BID (max 200 mg/jour)
 - Clindamycine 30 à 40 mg/kg/jour PO divisé TID (max 1 800 mg/jour)

À noter :

- La doxycycline et le TMP-SMX n'offrent pas une très bonne couverture contre le streptocoque du groupe A.
- Le TMP-SMX n'est pas homologué par Santé Canada pour le traitement de la cellulite infectieuse. Il est toutefois couramment prescrit à cette fin et constitue une option de traitement valable en cas de suspicion de SARM, selon les parties prenantes consultées. La préparation magistrale à partir des comprimés de TMP-SMX peut être effectuée pour faciliter son administration chez l'enfant lorsque la suspension orale n'est pas disponible. Selon l'expérience des parties prenantes consultées, une dose de 8 à 10 mg/kg de TMP peut être utilisée chez l'adulte pour les infections cutanées causées par SARM.
- La clindamycine :
 - est associée à une antibiorésistance possible;
 - peut mener à des diarrhées et à des symptômes intestinaux qui risquent de s'aggraver et de nécessiter une consultation. Il est important d'en informer la personne ou le parent;
 - en suspension a mauvais goût. Il est possible d'améliorer le goût du médicament en pharmacie pour la population pédiatrique.

2.6.5.3 Antibiothérapies intraveineuses

Comme pour les cellulites infectieuses typiques, un traitement intraveineux est envisagé pour les cas de cellulite purulente modérée plus sévère en présence de facteurs de risque pour SARM (Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013). Les options de traitement par administration intraveineuse recommandées pour couvrir les souches de SARM chez l'enfant comprennent :

- **Clindamycine** : 10 mg/kg TID chez l'enfant (dose maximale de 600 mg) (Chrisochos *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2021; Wilson et Caglar, 2013). Comme énoncé précédemment, la clindamycine est un antibiotique moins intéressant, car il n'est utilisé qu'avec un taux de résistance local inférieur à 10 à 15 % en utilisant des doses allant jusqu'à 33 mg/kg chez l'enfant. Selon la perspective des cliniciens, d'autres options sont généralement utilisées lorsqu'un SARM est suspecté.
- **Vancomycine** : 10 à 15 mg/kg QID chez l'enfant (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2011; Stevens *et al.*, 2014; RCHM, 2020). Selon les parties prenantes consultées et la SCP, une posologie minimale de 60 mg/kg/jour divisés en 4 doses est administrée en clinique pour une infection avec SARM chez l'enfant (Penner, 2026). Toutefois, l'utilisation de la vancomycine intraveineuse est recommandée en présence de signes d'infection systémique ou en deuxième intention (Wilson et Caglar, 2013), ou chez les enfants hospitalisés (Liu *et al.*, 2011).

D'autres options IV mentionnées dans la version 2017 sont notamment le linézolide, la télavancine et la tigécycline (Liu *et al.*, 2011; Nassisi et Oishi, 2012; Stevens *et al.*, 2014). Le linézolide n'a pas démontré une efficacité supérieure par rapport aux autres options moins coûteuses, selon un document analysé et appuyé par les parties prenantes consultées (Liu *et al.*, 2011). La pertinence de la télavancine et de la tigécycline dans les travaux est limitée par le manque de données sur l'innocuité et l'efficacité dans la population pédiatrique (moins de 18 ans), selon leur monographie récente. Le TMP-SMX est utilisé dans un contexte hospitalier chez un enfant se portant bien et dont l'observance n'est pas optimale, s'il y a échec de traitement ou si le pathogène n'a pu être identifié (Chrisochos *et al.*, 2023). Toutefois, la forme IV de cet antibiotique est rarement utilisée dans la pratique pédiatrique au Québec, selon les parties prenantes consultées.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENT IV – CELLULITE AVEC SUSPICION DE SARM

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Adultes

- Les recommandations en lien avec l'antibiothérapie contre le SARM sont disponibles dans le [Guide et normes du pied diabétique infecté](#) – section « Infections par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline – SARM ».

Enfants

- L'antibiotique IV suivant **est recommandé** en présence d'une cellulite infectieuse avec suspicion de SARM :
 - Vancomycine. La posologie est déterminée avec l'avis d'un collègue expérimenté ou d'un pharmacien. Si nécessaire, consulter un spécialiste pour connaître les options de traitement alternatives à la vancomycine.

2.6.6 Durée de l'antibiothérapie

Ces dernières années, plusieurs études ont confirmé que des durées plus courtes d'antibiothérapie étaient aussi efficaces que des traitements plus longs, et ce, pour de nombreuses infections. La diminution des durées s'inscrit dans la lignée des stratégies d'antibiogouvernance visant à réduire la résistance antibactérienne et les effets indésirables sur le microbiome, et figure parmi les changements majeurs des présents travaux. Les résultats d'une revue de revues systématiques avec métaanalyses, basée sur 35 revues systématiques incluant des résultats d'essais cliniques à répartition aléatoire réalisés chez des populations adultes et pédiatriques, ont montré que chaque jour supplémentaire de traitement antibiotique était associé à une augmentation de 4 % du risque d'effets indésirables et de 9 % du risque d'effets indésirables graves (Curran *et al.*, 2022).

Les durées de traitement sont généralement de 5 à 7 jours en privilégiant 5 jours pour une cellulite légère ou si l'amélioration d'une infection modérée est visible à l'intérieur des 72 heures post-traitement, ce qui s'aligne avec la pratique au Québec selon les parties prenantes consultées (BPACnz, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Dumaresq et Masson-Roy, 2023; HAS, 2024; HAS, 2025; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; INESSS, 2024a; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Sartelli *et al.*, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Yadav *et al.*, 2024a). Basé sur le savoir expérientiel, l'œdème et la rougeur peuvent persister malgré une amélioration des signes inflammatoires. Dans le cas de la cellulite d'origine dentaire, une durée de 3 jours peut être suffisante selon l'antibiothérapie choisie, surtout chez les adultes (CRNS, 2022b; Isabel *et al.*, 2022). Signalons que le traitement d'une cellulite infectieuse préseptale (périorbitaire) simple d'origine sinusale nécessite d'emblée une durée de 7 jours pour s'assurer de contrôler l'infection, étant donné les conséquences d'une aggravation (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021). Selon la littérature scientifique retenue et les parties prenantes consultées, la

durée de l'antibiothérapie peut atteindre 7 à 10 jours si la progression est jugée insatisfaisante ou dans certaines infections modérées ou, selon les discussions, en présence de facteurs particuliers (p. ex. immunosuppression sévère, cellulite plus sévère, obésité très importante ou amélioration clinique très lente) (CRNS, 2022b; Health PEI, 2023; Leroy *et al.*, 2020; Sartelli *et al.*, 2022; RCHM, 2020). Concernant l'antibioprophylaxie en cas de morsure chez l'adulte et chez l'enfant, une durée de 3 à 5 jours est appropriée (INESSS, 2024a). Cette durée est à réévaluer en fonction de l'évolution au cours des 24 à 48 heures suivant l'amorce du traitement pour surveiller l'apparition de symptômes et de signes d'infection (INESSS, 2024a).

QUOI RETENIR SUR LA DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

De l'appréciation globale de la preuve découle le constat suivant :

- Un traitement plus long n'est pas justifié s'il y a une amélioration générale de l'état et une diminution de la douleur et de la fièvre.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

Les recommandations en lien avec l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie en cas de morsures humaines ou animales communes sont disponibles dans le Guide et normes des soins de plaies – section sur la prophylaxie postexposition et l'antibiothérapie.

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Pour une cellulite typique (à forte suspicion de streptocoque ou de *S. aureus*), une durée totale de traitement de 5 jours (fenêtre possible selon jugement clinique : 5 à 10 jours) **devrait être envisagée**.
- Pour une cellulite d'origine dentaire, une durée totale de traitement de 5 à 7 jours **devrait être envisagée**.
- Pour une cellulite infectieuse préseptale (périorbitaire) d'origine sinusale, une durée totale de traitement de 5 à 7 jours (fenêtre possible selon jugement clinique : 7 à 10 jours) **devrait être considérée**.

À noter :

- Une durée de 5 jours est généralement suffisante pour une cellulite légère ou avec l'amélioration des signes inflammatoires d'une infection modérée sans la résolution complète de l'œdème et de la rougeur.
- En présence de facteurs particuliers ou de justificatifs cliniques, la durée peut être augmentée à 10 jours (p. ex. immunosuppression sévère, cellulite plus sévère, obésité très importante ou amélioration clinique très lente).

2.6.7 Gestes pour atténuer l’empreinte environnementale des antibiotiques prescrits

La résistance antimicrobienne, un enjeu important de santé publique, rend les infections plus difficiles à traiter et augmente le risque de propagation de la maladie, de formes graves et de décès (OMS, 2026). Cette antibiorésistance est favorisée, entre autres, par la diffusion des résidus d’antibiotiques et de bactéries résistantes dans les milieux naturels, notamment dans les eaux de surface, souterraines et potables (CGDD, 2023; Thornber *et al.*, 2026). Selon un rapport québécois récemment publié, certains antibiotiques (p. ex. l’amoxicilline, l’azithromycine et la moxifloxacine) comportent des niveaux de toxicité parmi les plus élevés pour l’environnement (Bouchard *et al.*, 2025). Leur degré de persistance varie de la dégradation lente à potentiellement persistant (Bouchard *et al.*, 2025). De plus, lors des procédés de désinfection de l’eau, tous les contaminants pharmaceutiques peuvent réagir avec les agents désinfectants et générer des sous-produits toxiques. Ces sous-produits aux effets écotoxicologiques suscitent des inquiétudes pour la santé humaine et les écosystèmes (Agence de la santé publique du Canada, 2025; Coderre *et al.*, 2025; Mazhandu et Mashifana, 2024; Postigo et Richardson, 2014; Qin *et al.*, 2025; Wang *et al.*, 2025). Bien que la durée plus courte des traitements, véhiculée dans les recommandations formulées, puisse réduire la quantité de contaminants pharmaceutiques dans les eaux et les sols, il est essentiel de sensibiliser la population aux impacts environnementaux des antibiotiques et à l’élimination responsable des médicaments pour protéger la santé et les écosystèmes (Choisir avec soin, Chen *et al.*, 2025; s.o.). Les consultations menées auprès des usagers ont révélé une volonté de la majorité des personnes interrogées d’agir pour limiter les impacts environnementaux des antibiotiques, bien que les antibiotiques inutilisés aient été jetés de manière inadéquate (p. ex. jetés à la poubelle) par certains usagers consultés.

RECOMMANDATION CLINIQUE – GESTION DES SURPLUS D’ANTIBIOTIQUES

Au terme de l’appréciation globale de la preuve, la recommandation suivante a été formulée :

- Rappeler à la personne que le retour des antibiotiques à la pharmacie, pour le recyclage et/ou l’élimination responsable, contribue à réduire leur impact environnemental.

2.7 Traitements de soutien

Plusieurs documents retenus abordent les traitements de soutien dans les cas de cellulite infectieuse (BPACnz2025; Carazo Gallego *et al.*, 2025; Choosing wisely Canada, 2024; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; CRNS, 2022b; Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Yadav *et al.*, 2024a). Les traitements proposés et corroborés par les parties prenantes consultées sont les suivants :

- Réduction de l'œdème : L'élévation du membre touché améliore le drainage de l'œdème par gravité et favorise une récupération plus rapide de la personne (CRNS, 2022a; Dumaresq et Masson-Roy, 2023; HAS, 2019; Health PEI, 2023; Stevens *et al.*, 2014; Yadav *et al.*, 2024a). Toutefois, selon la perspective des cliniciens consultés, cette pratique semble difficile d'application chez les jeunes enfants. Chez l'adulte, l'usage d'un système de compression (p. ex. bandages) est aussi recommandé dès que l'amélioration de la douleur le permet (Dumaresq et Masson-Roy, 2023; HAS, 2019; Health PEI, 2023), idéalement durant au moins 3 semaines (HAS, 2019). Les systèmes de compression ont été décrits dans l'[outil clinique d'aide à la décision de l'ulcère veineux](#) et ne sont donc pas présentés dans ce rapport.
- Soulagement de la douleur et de la fièvre : Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utiles en général, mais particulièrement en présence d'une cellulite infectieuse d'origine dentaire, d'une cellulite préseptale (périorbitaire) ou en cas d'abcès à un site d'injection (CRNS, 2022a; Davies *et al.*, 2021; Yadav *et al.*, 2024a). Leur usage n'est toutefois pas recommandé par la HAS en cas d'érysipèle (HAS, 2019; HAS, 2024). Du point de vue expérientiel, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont utilisés à l'occasion, au Québec, en absence de contre-indications, notamment dans les cas de cellulite infectieuse d'origine dentaire. Les AINS sont associés à plus d'effets indésirables et peuvent occulter des informations cliniques sur l'évolution de l'infection en masquant les signes inflammatoires, ce qui peut entraîner un retard dans le diagnostic, d'après des avis recueillis. Toutefois, les antipyrétiques ou analgésiques tels l'ibuprofène et l'acétaminophène ne sont pas prescrits pour leur propriété anti-inflammatoire, mais pour leur effet analgésique et sont considérés pour la gestion de la douleur. Bien que de son côté l'IDSA recommande l'usage de corticostéroïdes systémiques chez les adultes non diabétiques, en s'assurant qu'il n'y a aucune infection profonde telle que la fasciite nécrosante, les parties prenantes consultées ont précisé que ces produits ne sont pas utilisés au Québec en cas de cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant (Stevens *et al.*, 2014). De plus, les corticostéroïdes n'ont pas d'indication particulière au Canada pour ce type d'infection et ils ne conviennent pas aux enfants de moins de 6 ans.

- Autres traitements au besoin : Certains gestes non médicaux sont utiles pour les cellulites d'origine dentaire, notamment les bains de bouche avec une solution saline et l'usage de compresses humides (BPACnz, 2025; Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022b; Palmer, 2020). Des auteurs recommandent la gestion de l'exsudat purulent avec une compresse humide au besoin (CRNS, 2022a). L'usage d'un décongestionnant topique peut aussi être utile en présence d'une cellulite préseptale (périorbitaire) (Horner *et al.*, 2021). Dans ce contexte, certains milieux hospitaliers pédiatriques recommandent le drainage chirurgical des sinus en absence d'amélioration après 48 heures de traitement afin de retirer le réservoir infectieux (Horner *et al.*, 2021).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – TRAITEMENTS DE SOUTIEN

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Les recommandations en lien avec l'antibioprophylaxie sont disponibles dans le Guide et normes des [soins de plaies](#) – section sur la prophylaxie postexposition.

- Pour le traitement de soutien, les actions suivantes **pourraient être considérées** :
 - Drainage de l'œdème (p. ex. élévation ou compression du membre). Détails dans l'outil clinique de l'ulcère veineux;
 - Gestion de la douleur (p. ex. acétaminophène, ou anti-inflammatoire non stéroïdien qui peut masquer les signes inflammatoires).

2.8 Suivi et relais oral

Selon quelques auteurs et les parties prenantes consultées, une détérioration transitoire des signes inflammatoires cutanés (p. ex. la rougeur) peut survenir dans les 24 à 48 premières heures d'une cellulite infectieuse malgré un traitement adéquat (Dumaresq et Masson-Roy, 2023; Health PEI, 2023; Stevens *et al.*, 2014). Durant cette période, il est toutefois attendu une diminution de la douleur et de la fièvre, la disparition des frissons si présents initialement et une amélioration de l'état général de la personne, même si une dermite inflammatoire résiduelle peut persister quelques semaines (CRNS, 2022a; Dumaresq et Masson-Roy, 2023; Health PEI, 2023). Les parties prenantes consultées ont d'ailleurs émis des réserves sur la motivation non justifiée de certains cliniciens à augmenter la durée du traitement malgré une amélioration générale de l'état de la personne (p. ex. diminution de la fièvre et de la douleur). Selon les usagers consultés, une grande majorité souhaite connaître la pertinence de recourir aux antibiotiques pour traiter leur infection ainsi que la durée du traitement lorsque prescrit. Lors de la réévaluation, l'œdème peut persister malgré une amélioration des signes inflammatoires, ce qui ne justifie pas, à lui seul, la prolongation du traitement. Dans le cas contraire, il a été rappelé qu'une consultation est nécessaire s'il n'y a aucune amélioration de l'état général, de la douleur ou de la fièvre dans les 48 premières heures de traitement. De plus, une consultation est requise si l'évolution de l'infection est défavorable, notamment avec l'apparition de symptômes systémiques ou allergiques, ou si la zone infectée

s'élargit 48 heures après l'amorce de l'antibiothérapie. Ces aspects s'alignent avec le besoin exprimé par les usagers consultés d'être informés des symptômes d'une évolution normale de leur infection, des circonstances nécessitant une nouvelle consultation ou une visite à l'urgence, et des moyens d'empêcher une réinfection et la transmission à une autre personne. La démarcation initiale au marqueur est généralement utile dans ce contexte pour des fins de comparaison. Notons que l'échec du traitement peut aussi être observé par l'apparition de purulence ou la formation d'abcès (CRNS, 2022a).

Un suivi est généralement effectué après 24 à 48 heures, un délai de 24 heures concerne surtout les personnes vulnérables (p. ex. âge très avancé, immunosuppression), les cellulites infectieuses cervico-faciales d'origine dentaire et préseptale, surtout chez les enfants, et les infections cutanées associées à une morsure au visage ou à une main, selon six documents retenus, dont deux de la version 2017 (Choosing wisely Canada, 2024; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; RCHM, 2020; Wald *et al.*, 2013; Wilson et Caglar, 2013). Dans la pratique au Québec, le délai de suivi varie de 24 à 72 heures en fonction de la sévérité de l'infection, de l'évolution clinique et du jugement du clinicien. En présence d'abcès, le suivi de la population adulte est fait dans un délai de 72 heures après l'incision et le drainage pour vérifier l'amélioration ou l'aggravation des symptômes et les récives (Yadav *et al.*, 2024b).

Pour le suivi des cas complexes traités avec une administration intraveineuse, un relais oral est amorcé si la lésion présente des signes d'amélioration, si la personne tolère un traitement oral, si la douleur est bien contrôlée, en absence de fièvre après 48 heures et si un suivi est assuré dans les 48 prochaines heures, selon la pratique des parties prenantes consultées, appuyée par un guide retenu (RCHM, 2021). Les mêmes auteurs recommandent de s'assurer d'un suivi adéquat en milieu ambulatoire avant d'envisager le congé d'hôpital de l'enfant avec une cellulite infectieuse préseptale légère ou modérée (RCHM, 2021). Certaines parties prenantes consultées ont précisé que le recours à un relais oral ne constitue pas une condition pour prolonger la durée totale du traitement initialement prescrit. Lorsque la durée prévue est entièrement couverte par le traitement intraveineux, il est recommandé, selon les bonnes pratiques en antibiothérapie, de ne pas instaurer de relais oral.

En absence d'amélioration, des auteurs recommandent de :

- reconsidérer le diagnostic différentiel (Chrisochos *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2021; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020) et d'évaluer le besoin d'incision et de drainage (Chrisochos *et al.*, 2023; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020);
- considérer un changement d'antibiothérapie (Chrisochos *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2021) ou de posologie (Davies *et al.*, 2021), la présence d'une interaction médicamenteuse (Davies *et al.*, 2021), l'apparition d'une complication (Davies *et al.*, 2021) ou d'un manque d'adhésion au traitement (Davies *et al.*, 2021; Palmer, 2020);
- considérer la présence d'une bactérie résistante aux antibiotiques (Davies *et al.*, 2021; Horner *et al.*, 2021; Palmer, 2020). Pour une cellulite associée aux injections, un échec de traitement pourrait être attribué à une infection

polymicrobienne ou à une bactérie à Gram négatif si l'aiguille a été contaminée (Davies *et al.*, 2021).

Ces trois recommandations correspondent à la pratique des cliniciens consultés.

À l'instar de la pratique des cliniciens consultés et selon les recommandations formulées dans le rapport de l'INESSS sur les allergies aux *pénicillines*, la survenue d'une nouvelle réaction d'allergie médicamenteuse entraîne la suspension de l'antibiotique en cause, et au besoin la prise en charge de cette réaction. Le formulaire normalisé [AH-707DT-9308](#) permet de consigner la réaction et de soutenir la communication interprofessionnelle. Il est donc conseillé de le remplir et de le conserver dans le dossier médical de la personne concernée, ou dans l'espace prévu à cet effet dans les dossiers informatisés ou électroniques (INESSS, 2025a).

QUOI RETENIR SUR LE SUIVI

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

- Une accentuation transitoire de la réaction inflammatoire dans les 24 à 48 premières heures est fréquente.
- Lors de la réévaluation, il est fréquent que l'œdème persiste souvent malgré une amélioration des signes inflammatoires, sans que cela entraîne à lui seul la prolongation du traitement.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SUIVI ET RELAIS ORAL

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Envisager un suivi dans un délai de 24 à 72 heures après l'amorce du traitement, selon la sévérité de l'infection, l'évolution clinique et le jugement du clinicien.
- Lors d'un traitement intraveineux, le relais oral **devrait être considéré** lorsque :
 - la personne est apyrétique après 48 heures de traitement;
 - la zone d'infection diminue ou ne s'aggrave pas;
 - le diagnostic est bien établi et la personne tolère le traitement oral;
 - la durée totale du traitement IV n'a pas été atteinte.
- La personne, ou ses proches, devrait être avisée de reconsulter un professionnel de la santé si des symptômes systémiques ou allergiques apparaissent, si l'état général, la douleur et la fièvre ne s'améliorent pas et si, 48 heures après l'amorce de l'antibiothérapie, la cellulite progresse au-delà de la marge dessinée.
- Si une réaction allergique survient après l'administration d'un antibiotique, le formulaire normalisé de déclaration d'une nouvelle réaction d'allergie médicamenteuse ([AH-707DT-9308](#)) permet de la documenter. Le cas échéant, arrêter l'antibiotique, traiter la réaction au besoin, aviser la personne et mettre à jour le dossier médical.

2.9 Mesures préventives pour éviter les récurrences de la cellulite

Plusieurs interventions préventives, dont certaines à la portée de l'utilisateur, sont recommandées dans quelques GPC et comprennent majoritairement le traitement des facteurs de risque et d'autres mesures moins représentées, soit l'antibioprophylaxie et la prévention contre une infection au SARM.

2.9.1 Facteurs de risque

Selon quatre documents, la prise en charge des facteurs de risque d'infection de la peau est essentielle (Davies *et al.*, 2021; HAS, 2019; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014). Tout d'abord, il convient de maintenir l'intégrité de la peau par une bonne hygiène et l'usage d'une crème hydratante, de traiter les plaies et les maladies de peau (p. ex. intertigo, dermatose sous-jacente) et d'examiner attentivement les espaces interdigitaux des pieds pour repérer et traiter les fissures ou la macération (Carazo Gallego *et al.*, 2025; HAS, 2019; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014). L'usage de bottes peut aussi réduire le risque d'infection, notamment en cas d'immersion dans l'eau (Carazo Gallego *et al.*, 2025). Ensuite, le traitement du lymphœdème et de l'insuffisance veineuse chronique par compression médicale ainsi que le traitement des autres comorbidités (p. ex. diabète, obésité) sont recommandés par deux agences de la santé (HAS, 2019; Queensland Health, 2022). L'identification de la source possible d'une cellulite secondaire (p. ex. gale), l'optimisation de la mobilité pour éviter l'apparition de plaies de pression, la gestion du déficit nutritionnel ainsi que la réduction des risques de chute sont des mesures préventives importantes contre les récurrences des cellulites infectieuses, notamment chez les personnes d'âge avancé (INESSS, 2024a; Queensland Health, 2022), des éléments qui font écho à la pratique des cliniciens consultés.

2.9.2 Autres mesures

Une antibioprophylaxie est suggérée en présence d'une récurrence définie par au moins deux ou trois épisodes par année, surtout si les facteurs de risque ne peuvent être contrôlés (HAS, 2019; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014). Bien que cette pratique soit utilisée au Québec pour les cellulites récidivantes et réfractaires, elle concerne des cas généralement orientés vers la dermatologie et l'inféctiologie, selon les parties prenantes consultées, appuyées par un document de santé publique retenu (Queensland Health, 2022).

En présence de SARM, des mesures d'hygiène personnelles et environnementales figurent parmi les recommandations pour réduire la propagation intrafamiliale et communautaire (nettoyage fréquent des zones corporelles et surfaces exposées), selon un GPC et les parties prenantes consultées (Liu *et al.*, 2011). La décolonisation sélective de SARM est une pratique recommandée dans trois GPC retenus dans la version 2017, dont un document canadien, sans toutefois être reconduite dans la mise à jour récente de ce dernier (Health PEI, 2023; Liu *et al.*, 2011; Stevens *et al.*, 2014). Seule la SCP recommande la décolonisation comme mesure préventive dans son document de principes publié en mai 2026, ce qui est une pratique réalisée au Québec selon les

parties prenantes consultées (Penner, 2026). De plus, le *S. aureus* cause également des furonculoses ou des abcès récidivants dont il est pertinent de s'occuper.

Les parties prenantes consultées ont mentionné qu'il est important de considérer un traitement des atteintes fongiques (p. ex. un *tinea pedis*), corroboré par la SCP, et un traitement des dermatoses (p. ex. l'eczéma ou le psoriasis), bien qu'ils soient absents des documents analysés, lors de cellulites récidivantes aux membres inférieurs (Penner, 2026).

Concernant l'observance aux traitements de soutien et à l'antibiothérapie, les documents retenus fournissent peu d'information sur le sujet. Or, l'adhésion au traitement prescrit est essentielle à la résolution de l'infection et à la prévention des complications, selon les parties prenantes consultées. C'est pourquoi il est important de bien communiquer cette information à la personne ou à ses proches.

QUOI RETENIR SUR LES PRÉVENTIONS DES RÉCIDIVES

De l'appréciation globale de la preuve découlent les constats suivants :

- La prévention des récidives inclut :
 - les soins de la peau pour s'assurer de l'intégrité de la peau et des phanères (p. ex. traitement des atteintes fongiques telles que le *tinea pedis* et traitement des dermatoses comme l'eczéma ou le psoriasis);
 - la décolonisation du *S. aureus* et/ou du SARM, selon la sévérité de l'infection et particulièrement en présence de cellulites récidivantes ou récurrentes chez les personnes porteuses de SARM chez les personnes porteuses de SARM (modalités d'usage exclues de cet outil);
 - l'observance au traitement tel que prescrit.

RECOMMANDATION CLINIQUE – PRÉVENTION DES RÉCIDIVES

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, la recommandation suivante a été formulée :

- Mentionner que l'observance au traitement comme prescrit (p. ex. traitement de soutien, antibiothérapie) est essentielle à la résolution de l'infection et à la prévention des complications.

2.10 Consultation en milieux spécialisés ou à l'urgence

Quinze des vingt et un documents retenus pour la mise à jour ainsi que la littérature analysée dans la version 2017 présentent l'information sur les critères de consultation en spécialité ou à l'urgence en cas de cellulite infectieuse.

2.10.1 Consultation en milieux spécialisés

L'orientation de la personne vers un milieu spécialisé (p. ex. généralement infectiologie, chirurgie dentaire ou dermatologie) est généralement nécessaire pour une évaluation plus approfondie de cellulites récidivantes (diagnostic, source de l'infection, traitement). (CRNS, 2022a; Palmer, 2020; Queensland Health, 2022; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013). La consultation d'un service chirurgical approprié est aussi recommandée pour une cellulite purulente ou un abcès de plus de 5 cm avec ou sans symptômes systémiques lorsqu'ils sont considérés comme complexes (p. ex. localisés au visage, sur la main, le pied ou dans la région périnéale) (Chrisochos *et al.*, 2023; CRNS, 2022a; RCHM, 2020). Les abcès complexes peuvent aussi inclure ceux qui nécessitent un débridement extensif, ceux qui communiquent entre eux et ceux qui ne guérissent pas malgré l'incision et le drainage, lorsqu'il y a une suspicion d'atteinte profonde (p. ex. infection ostéoarticulaire) ou lorsqu'une large zone phlegmoneuse est associée à l'abcès, selon les parties prenantes consultées. La présence d'un érythème et d'un œdème important du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille nécessite, selon les cliniciens consultés, une orientation urgente vers un otorhinolaryngologiste puisque l'augmentation rapide d'un œdème à cet endroit nécessite un débridement chirurgical.

En cas de morsures, il est important qu'un infectiologue évalue le besoin, d'une part, d'administrer une prophylaxie contre la rage, le virus de l'immunodéficience humaine ou celui de l'hépatite B et, d'autre part, d'assurer un suivi sérologique s'il y a un risque d'exposition au virus de l'hépatite C ainsi que pour tous les cas de morsures sévères, qui sont reconnus pour leur complexité, selon les parties prenantes consultées pour ces travaux et d'autres de l'Institut (INESSS, 2025b). Des spécialistes orthopédiques peuvent aussi être nécessaires pour une évaluation plus approfondie si une morsure infectée est localisée à un poing (causée par un contact avec les dents d'une autre personne lors d'une bagarre) ou impliquant une articulation, une main ou un pied (Wilson et Caglar, 2013).

En rappel, le traitement de la source de l'infection est primordial pour les cellulites d'origine dentaire. Il convient donc de considérer une consultation avec un dentiste chirurgien ou un spécialiste maxillo-facial si le problème dentaire n'a pas été corrigé (BPACnz, 2025; CRNS, 2022b; Horner *et al.*, 2021; Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020; Wilson et Caglar, 2013). En cas d'échec du traitement en première intention pour les cellulites d'origine dentaire, une consultation avec un spécialiste dentaire est aussi recommandée, selon la perspective des cliniciens consultés et trois GPC retenus (Leroy *et al.*, 2020; Palmer, 2020; Wilson et Caglar, 2013).

Quelques auteurs, et les parties prenantes consultées, recommandent une consultation spécialisée, souvent urgente, dans le cas d'une cellulite préseptale (périorbitaire) d'origine sinusale plus sévère que l'infection légère, pour évaluer l'étendue de l'infection

et l'atteinte orbitaire et oculaire (Davies *et al.*, 2021; Desrosiers *et al.*, 2011). Dans le cas d'une atteinte orbitaire suspectée, un otorhinolaryngologiste, avec la consultation appropriée d'autres spécialistes dont, notamment, un ophtalmologiste, un neurochirurgien ou un infectiologue, est nécessaire (Desrosiers *et al.*, 2011). Au Québec, un otorhinolaryngologiste ne serait consulté que lorsqu'une origine sinusale est suspectée (histoire récente d'infection respiratoire). Tous les cas de cellulite préseptale simple pour lesquels il n'y a aucun doute sur l'absence d'une atteinte orbitaire peuvent être pris en charge par les professionnels de première ligne, selon un document retenu spécialisé en pédiatrie hospitalière, ce qui s'aligne avec la pratique au Québec (Chrisochos *et al.*, 2023).

Pour les cellulites infectieuses dans un contexte d'immunosuppression (p. ex. personne atteinte d'un lymphome, d'une leucémie lymphocytaire, personne greffée ou sous traitement immunosuppresseur), l'IDSA recommande la consultation d'un dermatologue (Stevens *et al.*, 2014). Selon la pratique au Québec, appuyée par un document retenu, cette situation clinique ainsi que tous les cas complexes de cellulite infectieuse, y compris le pied diabétique infecté, la suspicion d'ostéomyélite, une infection suspectée de matériel prothétique, une cellulite postbrûlure (selon le type de brûlure et le jugement clinique), un trauma pénétrant (p. ex. à travers une chaussure) ou non, et enfin une infection d'une blessure immergée dans l'eau nécessitent une orientation vers un infectiologue (Chrisochos *et al.*, 2023). Une consultation rapide est aussi nécessaire en cas de cellulite infectieuse chez un enfant en très bas âge, variant du nourrisson à un enfant de moins d'un an, selon la littérature (BPACnz, 2025; HAS, 2019; RCHM, 2020). Dans la pratique au Québec, la consultation concerne surtout les nourrissons de moins de 3 mois, une population exclue des travaux.

Certains critères peuvent aussi motiver le référencement vers un hôpital dans les situations suivantes :

- La nécessité d'une administration intraveineuse (p. ex. certaines cellulites préseptales ou faciales ou impossibilités d'administration orale) (BPACnz, 2025; HAS, 2019; Horner *et al.*, 2021; RCHM, 2021; Wilson et Caglar, 2013);
- Un échec du traitement après 48 à 72 heures de traitement chez l'adulte (Yadav *et al.*, 2024a) ou 24 à 48 heures, surtout chez les enfants (HAS, 2019; RCHM, 2020; RCHM, 2021), ou si une cellulite d'origine dentaire ne s'améliore pas (Palmer, 2020). Selon les parties prenantes consultées, de manière plus générale, un échec après 72 heures de traitement est un signal d'alarme pour lequel une consultation en milieu hospitalier est requise;
- Une obésité morbide (IMC > 40) (HAS, 2019);
- Un âge très avancé et polypathologique (HAS, 2019);
- Des risques de non-observance du traitement ou d'obstacle au suivi (HAS, 2019; Palmer, 2020; Stevens *et al.*, 2014; Wilson et Caglar, 2013; Yadav *et al.*, 2024a).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONSULTATION EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE OU DENTAIRE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Une consultation en milieu spécialisé selon la trajectoire locale (médecine spécialisée ou dentaire, accueil clinique, collègue expérimenté) **devrait être effectuée** dans les situations cliniques suivantes :
 - Tout cas complexe de cellulite infectieuse :
 - Circonstances particulières (p. ex. pied diabétique infecté, morsure avec risque de transmission virale [VHB, VIH], postchirurgie, pathogènes inhabituels qui sont exclus des travaux – blessure lorsqu'immersion dans l'eau non traitée, trauma majeur et/ou pénétrant);
 - Immunomodulation ou immunosuppression;
 - Infection suspectée de matériel prothétique;
 - Cellulite postbrûlure selon le type de brûlure et le jugement clinique;
 - Cellulite abcédée jugée complexe (p. ex. abcès qui nécessite un débridement extensif ou localisé dans une zone critique – mains, visage, pavillon de l'oreille, pied ou parties génitales – ou plusieurs abcès qui communiquent entre eux ou avec une large zone phlegmoneuse associée ou avec une suspicion d'atteinte profonde – p. ex. infection ostéoarticulaire).
 - Étiologie incertaine :
 - Cellulites récidivantes. Penser au diagnostic différentiel non infectieux (p. ex. insuffisance veineuse).
 - Problème dentaire non corrigé ou cas plus sévère de la cellulite infectieuse d'origine dentaire.
 - Échec après 72 h de traitement antibiotique.
- Un conseil numérique ou une consultation en allergologie **devrait être effectué** en cas d'incertitude sur la véracité ou la sévérité de la réaction allergique à l'antibiotique prescrit ou d'une allergie présumée aux bêta-lactamines.

Des repères pour décider du besoin d'une consultation en allergologie sont disponibles dans l'outil sur [l'allergie présumée aux pénicillines](#).

2.10.2 Urgence hospitalière et hospitalisation

Comme précisé dans la section [2.4.2.1](#) « Évaluation de l'état général et vérification de la présence de signaux d'alarme », les critères d'urgence hospitalière sont :

- la fasciite nécrosante;
- la suspicion d'une cellulite orbitaire;
- l'atteinte globale de l'organisme, généralement observée dans une cellulite grave;
- la présence de risques de complications (énumérées dans la section correspondante);
- une cellulite localisée dans une zone inhabituelle (p. ex. centrofaciale) ou avec la suspicion d'une atteinte profonde (p. ex. musculosquelettique) et qui nécessite une attention particulière.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – URGENCE HOSPITALIÈRE

Au terme de l'appréciation globale de la preuve, la recommandation suivante a été formulée :

- Une consultation urgente en milieu hospitalier **doit être effectuée** en présence de signaux d'alarme d'une fasciite nécrosante, d'une atteinte orbitaire suspectée, d'une atteinte persistante de l'état général, d'un risque de complication ou d'une localisation inhabituelle.

FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend un repérage documentaire structuré de la littérature scientifique et grise effectuée pour les travaux originaux, de même qu'en 2025 pour la présente mise à jour. L'évaluation critique des documents pertinents a été réalisée par deux professionnelles scientifiques. Les consultations de parties prenantes, de différentes spécialités et expertises, ont permis d'allier les recommandations à la pratique québécoise.

Des limites méritent toutefois d'être signalées. Tout d'abord, la qualité méthodologique, lorsque disponible, des études primaires qui ont servi à élaborer les recommandations des documents retenus n'a pas été réévaluée par l'INESSS. Dans plusieurs de ces documents, le manque d'information sur la méthodologie appliquée pour formuler les recommandations n'a pas permis d'effectuer l'évaluation critique de la force de celles-ci. Ensuite, les recommandations des documents internationaux retenus incluaient des choix d'antibiotiques parfois non disponibles ou non utilisés au Québec et des posologies différentes des monographies canadiennes. Finalement, certaines des pathologies infectieuses traitées dans les travaux – la cellulite d'origine dentaire et la cellulite préseptale d'origine sinusale – étaient peu abordées dans la littérature, et ce, autant lors des travaux originaux qu'en 2026. Pour combler le manque d'information sur la cellulite d'origine dentaire, la consultation de documents spécialisés, notamment ceux de l'Association dentaire canadienne, de l'Ordre des dentistes du Québec, de l'American Academy in Pediatric Dentistry ainsi que des dentistes pédiatriques québécois, a été effectuée.

Bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend inévitablement une part de biais et de risque associé, et elle demeure incomplète à plusieurs égards. D'autre part, même si la consultation citoyenne a été menée auprès de répondants présentant une diversité de profils sociodémographiques et d'expériences, elle comporte un risque de non-représentativité de l'ensemble des usagers du système de santé.

Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, liés à l'implantation et au déploiement n'ont pas été consultées.

CONSIDÉRATION ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

La cellulite infectieuse complique souvent le traitement des blessures, des plaies et des conditions cutanées, en plus d'être potentiellement alarmante, selon le contexte clinique.

L'avancée majeure de la présente mise à jour est une durée plus courte de l'antibiothérapie que celle recommandée auparavant. L'ajout de balises formelles pour distinguer la sévérité de la cellulite infectieuse – légère, modérée ou grave – a aussi été effectué pour soutenir la démarche diagnostique et le choix de la voie d'administration de l'antibiotique. Dans la mise à jour, la priorisation de la voie d'administration orale pour une infection légère ou modérée s'aligne avec les données récentes de l'Université de Cambridge sur l'impact environnemental réduit de l'antibiothérapie orale, en comparaison à l'antibiothérapie IV (Chakravorty *et al.*, 2025). Finalement, le drainage de l'œdème associé à une cellulite infectieuse est inclus dans la prise en charge de celle-ci par l'usage de systèmes de compression chez l'adulte.

L'intégration d'exemples d'indices cliniques évoquant un diagnostic différentiel, en plus d'une description complète des autres pathologies à suspecter et d'une série de photographies, se révèle novatrice, car elle soutient le clinicien lors du diagnostic différentiel de la cellulite infectieuse. Cette étape est essentielle pour réduire le nombre de faux diagnostics et d'actes à faible valeur ainsi que l'usage non pertinent des antibiotiques. Les outils cliniques pourraient aussi permettre de limiter les pratiques inadéquates, comme l'ajout d'un antibiotique topique à l'antibiotique systémique.

Sans se substituer au jugement clinique, les recommandations formulées dans ces travaux encourageront une pratique harmonisée à l'échelle provinciale ainsi que :

- l'amélioration de la qualité des soins, en réduisant des pratiques non optimales telles que l'usage inapproprié d'antibiotiques systémiques qui favorisent l'antibiorésistance ou d'une antibiothérapie topique;
- la réduction des coûts de santé, se traduisant par la diminution des hospitalisations, des complications infectieuses et des récives grâce à l'usage d'antibiothérapies appropriées;
- les impacts environnementaux favorables associés à un traitement plus court qui réduit les rejets dans l'environnement, freine la résistance antimicrobienne et diminue les déchets pharmaceutiques.

Des enjeux liés à la cellulite infectieuse au Québec

- Dimensions clinique et populationnelle
 - La difficulté de distinguer les autres pathologies cutanées de la cellulite infectieuse par les professionnels de la santé non spécialisés en dermatologie peut poser des défis. Bien que depuis 2017 un service de [télédermatologie](#) ait été mis en place, il est offert en temps différé. Les photos incluses dans les outils, en complément à celles disponibles sur la

plateforme de soins virtuels, permettent de soutenir en temps réel le prescripteur.

- La pertinence d'ajouter une antibiothérapie en présence d'abcès lorsque celui-ci est entouré d'une zone inflammatoire ressemblant à une cellulite infectieuse peut être difficile à déterminer. L'ajout de balises claires, actuellement absentes dans la littérature scientifique, pourrait soutenir les cliniciens dans la prise de décision.
- Le suivi clinique des personnes itinérantes et celles vivant dans un milieu carcéral peut être complexe. La prise une fois par jour de certains antibiotiques plus récents et coûteux mis sur le marché est intéressante pour ces contextes, mais en dehors des critères de remboursement du régime public d'assurance médicaments.
- Dimension organisationnelle
 - Dans les milieux carcéraux, les formalités administratives associées au déplacement des détenus vers les professionnels de la santé sont lourdes, ce qui augmente les délais avant d'intervenir cliniquement.
 - L'ouverture des champs d'exercice pour diminuer la pression sur les spécialistes en dentisterie et les médecins doit s'accompagner de balises claires pour les nouveaux prescripteurs éventuels avec une formation adaptée pour garantir la sécurité et la qualité des soins.

Des éléments à considérer pour la mise en œuvre

Les changements de pratique qui pourraient résulter des travaux dépendront de la diffusion et de la promotion des deux outils cliniques associés à ce rapport au sein du réseau ainsi que de l'adoption et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés. Pour optimiser la pratique relative à la cellulite infectieuse, il est suggéré :

- que les établissements de santé :
 - procèdent à la mise à jour de leurs protocoles et outils concernés, et y ajoutent un hyperlien vers les outils cliniques ou s'assurent d'héberger la version la plus à jour des outils de l'INESSS dans les logiciels de soins de santé et pharmaceutiques;
 - tiennent compte des recommandations de l'INESSS dans les accueils cliniques de leur centre;
- que les établissements d'enseignement procèdent à la mise à jour de la formation de base offerte aux futurs cliniciens amenés à repérer puis à diagnostiquer ces infections;
- que les associations, fédérations et ordres professionnels :
 - actualisent la formation déjà disponible pour rehausser les connaissances sur la conduite thérapeutique optimale selon la sévérité de l'infection;

- que le MSSS et Santé Québec :
 - favorisent le déploiement d'accueils cliniques pour la cellulite infectieuse dans tous les centres de soins du Québec, y compris les régions éloignées;
 - évaluent les possibilités de mettre en place certaines mesures pour faciliter l'accès aux modalités de décompression.

Indicateurs de suivi à retenir

Le succès de l'implantation des recommandations formulées pourrait se mesurer, avec le temps, par la réduction :

- du spectre antibiotique pour le traitement de la cellulite typique;
- de la durée du traitement pour traiter une cellulite infectieuse;
- de récidives démontrant une prise en charge clinique optimale.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de leur publication selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques et de l'antibiorésistance ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec l'élargissement des champs d'exercice des infirmières et des pharmaciens. L'actualisation sera réalisée selon l'inscription, le retrait ou la modification des critères de remboursement des antibiotiques des listes de la RAMQ, ceux dont le spectre d'activité touche les bactéries à l'origine des cellulites incluses dans les travaux. À cette fin, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être menée. Au besoin, les parties prenantes qui ont accompagné les travaux ainsi que d'autres utilisateurs du réseau pourraient être consultés pour vérifier s'ils jugent pertinent d'effectuer une mise à jour des documents et des outils cliniques.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Fluoroquinolones - risque d'effets indésirables graves persistants et invalidants*. <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/fluoroquinolones-risque-effets-indesirables-graves-persistants-et-invalidants>
- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (SCSRA)*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/medicaments-et-produits-sante/systeme-canadien-surveillance-resistance-antimicrobiens-2024-resume.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2025). *Sous-produits de désinfection dans l'eau potable*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1563307885242/1563307933110>
- Alberta children's hospital. (2026a). *Dental abcess*. https://app.firstline.org/en/clients/6-alberta-childrens-hospital/steps/1781-dental-abscess?navigator=eJx9j7sOgjAUhL-FnBmGRggJq4O6GHdCSC1HPbGW2pYYQ3h3W9FgF8dz-S9fPYIVBIG1it8QKrAONaTgyMkwHtBQb47kuEzWKOUgyZH1DyR6BdUI1EHF8nJKQXPDzbzsgkcbDsDKnGV68cjE4uEIz9MP2kvqET7xm4E6IKQwZFi8D6iE37MpnNWRVGk3-ct8i7hqkv2KK7JTp1QOOpVLM2nJohjSs3d5cGf7bvAD24U_w8xMphZftUWQTVT8wKyXXZY
- Alberta children's hospital. (2026b). *Periorbital cellulitis (sinusitis)*. https://app.firstline.org/en/clients/6-alberta-childrens-hospital/steps/1741-periorbital-cellulitis?navigator=eJx9j7sOgjAUhL-FnBmGRggJq4O6GHdCSC1HPbGW2pYYQ3h3W9FgF8dz-S9fPYIVBIG1it8QKrAONaTgyMkwHtBQb47kuEzWKOUgyZH1DyR6BdUI1EHF8nJKQXPDzbzsgkcbDsDKnGV68cjE4uEIz9MP2kvqET7xm4E6IKQwZFi8D6iE37MpnNWRVGk3-ct8i7hqkv2KK7JTp1QOOpVLM2nJohjSs3d5cGf7bvAD24U_w8xMphZftUWQTVT8wKyXXZY
- Alexandre, S., Abdesselam, K., Amaratunga, K., Bharat, A., Carson, C., Crago, A. L., Golding, G., Isada, M., Knight, B., Lary, T., Lourenco, L., Martin, I., Mataseje, L., Mounchili, A., Reid-Smith, R., Rudnick, W., Shurgold, J. et Varsaneux, O. (2024). *Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (SCSRA): 2024 Principales conclusions*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/drugs-health-products/canadian-antimicrobial-resistance-surveillance-system-2024-executive-summary/systeme-canadien-surveillance-resistance-antimicrobiens-2024-resume.pdf>
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2025). *Use of antibiotic therapy for pediatric dental patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_antibiotictherapy.pdf
- Baring, D. E. et Hilmi, O. J. (2011). An evidence based review of periorbital cellulitis. *Clin Otolaryngol*, 36(1), 57-64. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2011.02258.x>

- Best practice advocacy centre New Zealand (BPACnz). (2025). *BPACnz Primary Care Antibiotic Guide: Antibiotics: choices for common infections*. Best practice advocacy centre New Zealand. <https://bpac.org.nz/antibiotics/guide.aspx>
- Blandino, G., Milazzo, I., Fazio, D., Puglisi, S., Pisano, M., Speciale, A. et Pappalardo, S. (2007). Antimicrobial susceptibility and beta-lactamase production of anaerobic and aerobic bacteria isolated from pus specimens from orofacial infections. *J Chemother*, 19(5), 495-499. <https://doi.org/10.1179/joc.2007.19.5.495>
- Blum, C. L., Menzinger, S. et Genne, D. (2013). [Cellulitis: clinical manifestations and management]. *Rev Med Suisse*, 9(401), 1812-1815. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24191414>
- Bouchard, E., Moffa Randazo, S. et Radjabi, Y. (2025). *Guide sur l'impact environnemental des médicaments* [Document inédit]. https://actionnetwork.org/user_files/user_files/000/124/435/original/guide_sur_l_impact_environnemental_des_medicaments_en_pharmacie_communautaire_version_finale_2.pdf
- Brown, B. D., Syed, H. A. et Hood Watson, K. L. (2025). Cellulitis. Dans *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31747177>
- Burdet, C., Saidani, N., Dupieux, C., Lemaighen, A., Canoui, E., Surgers, L., Vareil, M. O., Lefort, A., Lepeule, R., Peiffer-Smadja, N., Charmillon, A., Le Moing, V., Boutoille, D., Tolsma, V., Abgrall, S., Wolff, M., Tattevin, P., Esposito-Farese, M., Vandenesch, F., . . . CloCeBa Study, G. (2025). Cloxacillin versus cefazolin for meticillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteraemia (CloCeBa): a prospective, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised clinical trial. *Lancet*, 406(10517), 2349-2359. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01624-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01624-1)
- Carazo Gallego, B., Montesinos Sanchis, E., Martinez Campos, L., Lopez Medina, E. M., Coll, I. A., Lopez Hortelano, M. G. et Calvo Rey, C. (2025). Most common flood-associated infectious diseases in children. *Anales de pediatria*, 102.
- Chakravorty, A. J., Newman, N. J., Veltri, C., Spivak, E. S., Hecker, M. T. et Hojat, L. S. (2025). Estimated greenhouse gas emissions associated with unnecessary intravenous antimicrobials administered in the hospital setting. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol*, 5(1), e263. <https://doi.org/10.1017/ash.2025.10176>
- Chen, R. Q., Smale, E. M., van den Bemt, P., Swart, E. L., Kweekel, D. M., Hunfeld, N. G. M., Gijzels, M. J., Korpelaar-Heijman, J. A., Vermaat, H., van den Bemt, B. J. F. et Bekker, C. L. (2025). Unused medication: mapping the impact across the Dutch healthcare system. *J Clim Chang Health*, 26, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2025.100608>
- Cheng, A. G., DeDent, A. C., Schneewind, O. et Missiakas, D. (2011). A play in four acts: *Staphylococcus aureus* abscess formation. *Trends Microbiol*, 19(5), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2011.01.007>
- Choisir avec soin. (s.o.). *Choisir avec soin et action climatique. Réduire les examens, traitements et interventions inutiles, pour le bien de la patientèle et de la planète*. <https://choisiravecsoin.org/climatique/>

- Choosing Wisely Canada. (2024). *Taking the bite out of tooth pain*. C. w. Canada. [https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2026/02/Dental Toolkit Updated 2026-1.pdf](https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2026/02/Dental_Toolkit_Updated_2026-1.pdf)
- Chow, A. W., Benninger, M. S., Brook, I., Brozek, J. L., Goldstein, E. J., Hicks, L. A., Pankey, G. A., Seleznick, M., Volturo, G., Wald, E. R., File, T. M., Jr. et Infectious Diseases Society of, A. (2012). IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*, 54(8), e72-e112. <https://doi.org/10.1093/cid/cir1043>
- Chrisochos, M. N., Dees, P. et Namtu, K. (2023). *Pediatric skin and soft tissues infections (SSTI) clinical pathway*. <https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/files/allchildrens/clinical-pathways/skin-soft-tissue-infections.pdf>
- Clinical Resource Efficiency Support Team. (2005). *Guidelines on the management of cellulitis in adults*. <https://legsmatter.org/wp-content/uploads/2018/04/Cellulitis-guidelines-CREST-05.pdf>
- Coderre, M., Fortin, A. S., Morency, L. D., Roy, J. et Sirois, C. (2025). Pharmaceuticals in drinking water: a scoping review to raise pharmacists' public health and environmental awareness on contamination in groundwater, surface water, and other sources. *Int J Pharm Pract*, 33(4), 360-368. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riaf038>
- College of registered nurses of Saskatchewan. (2022a). *Cellulitis : adult and pediatric. Skin and tegumentary*. <https://www.crms.ca/wp-content/uploads/2022/02/Cellulitis-Adult-and-Pediatric-CDT-2022.pdf>
- College of registered nurses of Saskatchewan. (2022b). *Dental abscess : primary and permanent teeth. Ears, eyes, nose, throat and mouth*. <https://www.crms.ca/wp-content/uploads/2022/05/Dental-Abscess-Primary-and-Permanent-Teeth-CDT-2022.pdf>
- Commissariat général au développement durable. (2023). *L'antibiorésistance, c'est aussi une affaire d'environnement!* <https://www.notre-environnement.gouv.fr/actualites/breves/article/l-antibioresistance-c-est-aussi-une-affaire-d-environnement>
- Curran, J., Lo, J., Leung, V., Brown, K., Schwartz, K. L., Daneman, N., Garber, G., Wu, J. H. C. et Langford, B. J. (2022). Estimating daily antibiotic harms: an umbrella review with individual study meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*, 28(4), 479-490. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.10.022>
- Davies, E., Vaghela, D., Convery, C., Walker, L. et Murray, G. (2021). Guideline for the Prevention, Diagnosis, and Management of Acute Bacterial Soft Tissue Infections Following Nonsurgical Cosmetic Procedures. *J Clin Aesthet Dermatol*, 14(9 Suppl 1), S29-S35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34980965>

- Desrosiers, M., Evans, G. A., Keith, P. K., Wright, E. D., Kaplan, A., Bouchard, J., Ciavarella, A., Doyle, P. W., Javer, A. R., Leith, E. S., Mukherji, A., Robert Schellenberg, R., Small, P. et Witterick, I. J. (2011). Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 40 Suppl 2, S99-193. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21658337>
- Diener, A., Wang, H. et Nkangu, M. (2022). Hospital and related resource costs associated with antimicrobial-resistant infections in Canada, 2019. *Can Commun Dis Rep*, 48(11-12), 529-539. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i1112a06>
- Dumaresq, J. et Masson-Roy, S. (2023). *Recommandations pour le traitement de la cellulite non compliquée*.
- Flynn, T. R. (2011). What are the antibiotics of choice for odontogenic infections, and how long should the treatment course last? *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 23(4), 519-536, v-vi. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2011.07.005>
- Food and Drug Administration. (2018). *Levaquin (levofloxacin)*. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/020634s069lbl.pdf
- Food and Drug Administration. (2025). *Cefadroxil: package insert/prescribing info*. https://www.drugs.com/pro/cefadroxil.html#_DOSAGE_AND_ADMINISTRATION
- Gill, P. J., Buba, M., Krueger, C., Wolter, N. et Reginald, Y. A. (2026). *Preseptal and orbital cellulitis in otherwise healthy children and youth*. Canadian paediatric society. <https://cps.ca/en/documents/position/preseptal-orbital-cellulitis>
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Recommandation de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2024). *Choix et durées d'antibiothérapies : prise en charge des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3282443/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-prise-en-charge-des-dermohypodermes-bacteriennes-non-necrosantes-dhbnn-chez-l-adulte
- Haute Autorité de Santé. (2025). *Choix et durées d'antibiothérapies : Prise en charge des dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'enfant*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3282445/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-prise-en-charge-des-dermohypodermes-bacteriennes-non-necrosantes-dhbnn-chez-l-enfant
- Health PEI. (2023). *Treatment of Skin & Soft Tissue Infections in Adults*. https://src.healthpei.ca/sites/src.healthpei.ca/files/Laboratory-Services/Skin_and_Soft_Tissue_Infections2023.pdf
- Hirschmann, J. V. et Raugi, G. J. (2012). Lower limb cellulitis and its mimics: part I. Lower limb cellulitis. *J Am Acad Dermatol*, 67(2), 163 e161-112; quiz 175-166. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.03.024>

- Hoffe, J., Hamel, P., Lebel, M., Turgeon, J. et Trottier, E. D. (2015). *Cellulite périorbitaire et orbitaire - Protocoles*. Urgence du centre hospitalier universitaire Ste-Justine.
<https://www.urgencehsj.ca/protocoles/cellulite-preseptale-periorbitaire-orbitaire/>
- Horner, C., Cunney, R., Demirjian, A., Doherty, C., Green, H., Mathai, M., McMaster, P., Munro, A., Paulus, S., Roland, D. et Patel, S. (2021). Paediatric Common Infections Pathways: improving antimicrobial stewardship and promoting ambulation for children presenting with common infections to hospitals in the UK and Ireland. *JAC Antimicrob Resist*, 3(1), dlab029.
<https://doi.org/10.1093/jacamr/dlab029>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). *Rhinosinusite aiguë chez l'adulte. Rapport rédigé par Stéphane Gilbert*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019a). *Du diagnostic au traitement de la maladie de Lyme aux stades localisé et disséminés. Rapport en soutien aux outils d'aide à la décision clinique sur le diagnostic et le traitement. Rapport rédigé par Geneviève Morrow et Fatiha Karam*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019b). *Portrait de l'usage de la doxycycline en prévention de la maladie de Lyme chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Rapport rédigé par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *La culture de plaie : pertinence et indications. Avis rédigé par Anne Bergeron*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024a). *Soins de plaies : évaluation, prise en charge et usage optimal des traitements. Rapport rédigé par Émilie Viel et Geneviève Robitaille*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024b). *Utilisation judicieuse des hémocultures. Rapport en soutien rédigé par Geneviève Morrow et Valérie Clavet-Fournier*.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/INESSS_Hemocultures_GN.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025a). *Allergie présumée aux pénicillines – Évaluation des risques pour un usage optimal et sécuritaire des bêta-lactamines. Rapport en soutien rédigé par Geneviève Robitaille*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025b). *Infection du pied diabétique chez l'adulte : usage optimal de l'antibiothérapie et mesures de prévention des récurrences. Rapport en soutien rédigé par Émilie Viel*.
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Surveillance de laboratoire des Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline isolés de pus superficiels et pus profonds de la peau et des tissus mous de patients provenant de la communauté*.

- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Surveillance provinciale des nouveaux porteurs de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline au Québec : protocole de surveillance* G. d. Québec.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3559-surveillance-nouveaux-porteurs-staphylococcus-aureus-resis.pdf>
- Isabel, G., Avon, S. L. et Darisse, M. (2022). L'antibiothérapie revisitée : nouvelles recommandations et mises à jour. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, 59(2), 14.
- Kilburn, S. A., Featherstone, P., Higgins, B. et Brindle, R. (2010). Interventions for cellulitis and erysipelas. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(6), CD004299.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004299.pub2>
- Kimberlin, D., Banerjee, R., Barnett, E. D., Lynfield, R. et Sawyer, M. H. (2024). *Reb Book: 2024-2027 report of the committee on infectious diseases*. American academy of pediatrics. <https://doi.org/10.1542/9781610027373>
- Leroy, R., Bourgeois, J., Verleye, L., Declerck, D., Depuydt, P., Eloot, A., Carvalho, J. C., Teughels, W., Cauwels, R., Leprince, J., Toma, S., Michiels, K., Aryanpour, S., Vanden Abbeele, A. et De Bruyne, M. (2020). *Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire. – Synthèse*.
- Liu, C., Bayer, A., Cosgrove, S. E., Daum, R. S., Fridkin, S. K., Gorwitz, R. J., Kaplan, S. L., Karchmer, A. W., Levine, D. P., Murray, B. E., M, J. R., Talan, D. A. et Chambers, H. F. (2011). Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children: executive summary. *Clin Infect Dis*, 52(3), 285-292. <https://doi.org/10.1093/cid/cir034>
- Mazhandu, Z. et Mashifana, T. (2024). Active pharmaceutical contaminants in drinking water: myth or fact? *Daru*, 32(2), 925-945. <https://doi.org/10.1007/s40199-024-00536-9>
- Ministère du travail de la santé, d. s. e. d. f. (2026). *Cefadroxil biogaran* Gouvernement de la France. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/62069124/extrait#tab-rcp>
- Nassisi, D. et Oishi, M. L. (2012). Evidence-based guidelines for evaluation and antimicrobial therapy for common emergency department infections. *Emerg Med Pract*, 14(1), 1-28; quiz 28-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22292348>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2026). *Antimicrobial resistance*.
<https://www.who.int/health-topics/antimicrobial-resistance>
- Palazzi, D. L., Bradley, J. S. et Nelson, J. D. (2025). *Nelson's pediatric antimicrobial therapy* (31st éd.). American academy of pediatrics.
<https://doi.org/10.1542/9781610028257>

- Palmer, N. (2020). *Antimicrobial prescribing in dentistry : good practice guidelines*.
<https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/fds/publications/fds-amp-2020.pdf>
- Pena, D. E., Morgan, J. A. et Howard, A. K. (2024). Pediatric Prescribers' Knowledge of the Ew Meds List and Taste Masking. *J Pediatr Pharmacol Ther*, 29(6), 624-629.
<https://doi.org/10.5863/1551-6776-29.6.624>
- Penner, J. (2026). *Management of community-associated bacterial skin and soft tissue infections in children and prevention of recurrence*. C. P. Society.
<https://cps.ca/en/documents/position/skin-and-soft-tissue-infections>
- Postigo, C. et Richardson, S. D. (2014). Transformation of pharmaceuticals during oxidation/disinfection processes in drinking water treatment. *J Hazard Mater*, 279, 461-475. <https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2014.07.029>
- Qin, W., Zhang, H., Wang, H., Zhou, J. et Wand, F. (2025). Pharmaceutical-driven disinfection by-products formation and antibiotic resistance gene enrichment under intensified chlorination during pandemic. *Journal of environmental sciences*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1001074225004139?via%3Dihub>
- Queensland health. (2022). *Cellulitis*. <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/clinical-pathways/residential-aged-care-clinical-pathways/all-pathways/cellulitis>
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2026). *Codes des médicaments d'exception*.
https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/non_indexes/codes_medicaments_exception_2026-03-04.pdf
- Rosenfeld, R. M., Piccirillo, J. F., Chandrasekhar, S. S., Brook, I., Ashok Kumar, K., Kramper, M., Orlandi, R. R., Palmer, J. N., Patel, Z. M., Peters, A., Walsh, S. A. et Corrigan, M. D. (2015). Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 152(2 Suppl), S1-S39.
<https://doi.org/10.1177/0194599815572097>
- Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill. (2025a). *Dental infections*. Centre universitaire de santé McGill. https://265b72c7-f269-46be-b4af-9d3578ae8cb2.usrfiles.com/ugd/265b72_55cd2ffc50a6464a8869d9d24033056d.pdf
- Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill. (2025b). *Ocular infections*. MUHC.
https://265b72c7-f269-46be-b4af-9d3578ae8cb2.usrfiles.com/ugd/265b72_eb9368703d48492f8271fa0226dc1c1f.pdf
- Sartelli, M., Coccolini, F., Kluger, Y., Agastra, E., Abu-Zidan, F. M., Abbas, A. E. S., Ansaloni, L., Adesunkanmi, A. K., Augustin, G., Bala, M., Baraket, O., Biffl, W. L., Ceresoli, M., Cerutti, E., Chiara, O., Cicuttin, E., Chiarugi, M., Coimbra, R., Corsi, D., . . . Catena, F. (2022). WSES/GAIS/WSIS/SIS-E/AAST global clinical pathways for patients with skin and soft tissue infections. *World J Emerg Surg*, 17(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00406-2>
- Skye, P., Van Harrison, R., Terrell, J. E. et Zao, D. H. (2013). *Acute rhinosinusitis in adults*. *UMHS Rhinosinusitis Guideline*.
<https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/Rhino/rhino.pdf>

- Statistique Canada. (2025). *Tableau 13-10-0149-01 Décès, selon la cause, Chapitre XII: Maladies de la peau et du tissu cellulaire cutané (L00 à L99)*.
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310014901&pickMembers%5B0%5D=2.1&pickMembers%5B1%5D=3.1&cubeTimeFrame.startYear=2019&cubeTimeFrame.endYear=2023&referencePeriods=20190101%2C20230101>
- Stevens, D. L., Bisno, A. L., Chambers, H. F., Dellinger, E. P., Goldstein, E. J., Gorbach, S. L., Hirschmann, J. V., Kaplan, S. L., Montoya, J. G., Wade, J. C. et Infectious Diseases Society of, A. (2014). Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*, 59(2), e10-52.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciu444>
- The Royal Children's Hospital Melbourne. (2020). *Cellulitis and other bacterial skin infections*.
https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Cellulitis_and_other_bacterial_skin_infections/
- The Royal Children's Hospital Melbourne. (2021). *Periorbital and orbital cellulitis*.
https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Periorbital_and_orbital_cellulitis/
- The Royal Children's Hospital Melbourne. (2024). *Dental conditions - non traumatic*.
https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Dental_conditions_non_traumatic/
- Thorner, K., Bentham, M., Pflieger, S., Kirchhelle, C., Adshead, F., Owen, S., Holmes, H., Brown, A. R., Farmer, C., Eii, M. N., Niemi, L., Wohler, L., Wilson, E. C. F., Wade, M. J., Tyler-Batt, W., Taylor, M., Sowman, G., Southall, P., Smith, R., . . . Tyler, C. R. (2026). Pharmaceutical pollution from health care: a systems-based strategy for mitigating risks to public and environmental health. *Lancet Planet Health*, 10(1), 101404. <https://doi.org/10.1016/j.lanplh.2025.101404>
- Trottier, E. D., Lebel, M., Roy, H., Turgeon, J., Quintal, M. C., Tourigny-Ruel, G., Drouin, O., Mousseau, S. et Hamel, P. (2020). *Cellulite préseptale (périorbitaire) et orbitaire - Urgence CHU Sainte-Justine*.
<https://www.urgencehsj.ca/protocoles/cellulite-preseptale-periorbitaire-orbitaire/>
- Uspal, N. et Agrawal, D. (2008). Diagnosis and management of skin and soft tissue infections in children. *Pediatric Emergency Medicine Practice*, 5(2), 28.
https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs_peds_facpubs/3327
- Vincent, M., Roy, H., Tremblay, S., Trottier, E. D. et Lamarre, V. (2013). *Traitement ambulatoire des cellulites modérées via le Centre de jour de pédiatrie*.
<http://www.urgencehsj.ca/wpcontent/uploads/Cellulite.pdf>
- Wald, E. R., Applegate, K. E., Bordley, C., Darrow, D. H., Glode, M. P., Marcy, S. M., Nelson, C. E., Rosenfeld, R. M., Shaikh, N., Smith, M. J., Williams, P. V., Weinberg, S. T. et American Academy of, P. (2013). Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics*, 132(1), e262-280. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1071>

- Wang, R., Wang, Y., Wang, M., Ren, M., Yu, H. D., Pan, J., Zhang, N. et Amy, G. L. (2025). Nontargeted Analysis Reveals Organofluorine Pharmaceutical Compounds Responsible for Formation of Toxic Disinfection Byproducts in a Drinking Water Treatment Plant in China. *Environ Sci Technol*, 59(21), 10467-10475. <https://doi.org/10.1021/acs.est.4c14269>
- Wilson, L. et Caglar, D. (2013). *Cellulitis and abscess*. Seattle Children's Hospital. <https://www.seattlechildrens.org/globalassets/documents/healthcare-professionals/clinical-standard-work/cellulitis-and-abscess-org-pathway.pdf>
- Yadav, K., Ohle, R., Yan, J. W., Eagles, D., Perry, J. J., Zvonar, R., Keller, M., Nott, C., Corrales-Medina, V., Shoots, L., Tran, E., Suh, K. N., Lam, P. W., Fagan, L., Song, N., Dobson, E., Hawken, D., Taljaard, M., Sikora, L., . . . Graham, I. D. (2024a). Canadian Emergency Department Best Practices Checklist for Skin and Soft Tissue Infections Part 1: Cellulitis. *CJEM*, 26(9), 593-599. <https://doi.org/10.1007/s43678-024-00754-9>
- Yadav, K., Ohle, R., Yan, J. W., Eagles, D., Perry, J. J., Zvonar, R., Keller, M., Nott, C., Corrales-Medina, V., Shoots, L., Tran, E., Suh, K. N., Lam, P. W., Fagan, L., Song, N., Dobson, E., Hawken, D., Taljaard, M., Sikora, L., . . . Graham, I. D. (2024b). Canadian emergency department best practices checklist for skin and soft tissue infections part 2: skin abscess. *CJEM*, 26(9), 600-606. <https://doi.org/10.1007/s43678-024-00739-8>

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

