

## Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 02-2021

<b>EXCLUSIONS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Exclusions:</b> cellulite d'origine dentaire, infections du pied diabétique, patients sévèrement immunodéprimés (p. ex. neutropénie, thérapie immunosuppressive), infections des sites opératoires, antécédents récents d'exposition à de l'eau douce/salée, utilisation récente d'un spa ou cellulite associée à la transformation du poisson et des fruits de mer.</li></ul>
<b>Critères de traitement et facteurs à considérer</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le diagnostic de la cellulite est essentiellement clinique, et le traitement initial est généralement empirique. Un diagnostic erroné n'est pas rare; le clinicien devrait donc demeurer vigilant quant à la possibilité d'affections qui « imitent » la cellulite, par exemple la dermatite de stase, la thrombose veineuse profonde/thrombophlébite, les hématomes et la goutte.</li><li>• La cellulite des extrémités est presque toujours <u>unilatérale</u>. La « cellulite bilatérale » est extrêmement peu probable; envisager un autre diagnostic non infectieux.</li><li>• Il faut évaluer tous les patients afin de déterminer s'il y a présence de facteurs prédisposants (p. ex. tinea pedis, dermatoses, lymphœdème, stase veineuse, plaies) qui seraient la source de la cellulite, en particulier dans le contexte d'une cellulite récurrente. Si possible, traiter les facteurs prédisposants afin de prévenir la récurrence de la cellulite.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Peut envisager la décolonisation de SARM chez les patients souffrant d'infections à SARM récurrentes.</li></ul></li><li>• <b>Les interventions non pharmacologiques (comme l'élévation et la compression du membre touché, s'il y a lieu) sont des composantes complémentaires, mais essentielles de la prise en charge de la cellulite.</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Les extrémités supérieures touchées devraient être élevées de façon à être positionnées plus hautes que l'épaule</li><li>○ Les extrémités inférieures touchées devraient être élevées de façon à être positionnées plus hautes que la hanche</li></ul></li></ul>
<b>Évaluation de la réponse clinique</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le fait de tracer le contour de l'érythème ou de prendre des photos à tous les jours pourrait aider à l'évaluation.</li><li>• <b>L'évaluation de la réponse clinique dans les 48 premières heures devrait être limitée à l'amélioration de: douleur, fièvre et état général du patient.</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Au cours des 48 premières heures, une légère progression de l'érythème est attendue et est « acceptable ».</li></ul></li><li>• Réévaluer et optimiser le traitement au besoin si les résultats d'analyses microbiologiques sont disponibles.</li></ul>
<b>Passage de la voie IV à la voie PO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Il n'existe aucune donnée probante pour appuyer qu'un traitement IV est supérieur au traitement PO dans la prise en charge de la cellulite non-complicquée*.</b></li><li>• <b>Il n'existe aucune donnée probante pour appuyer une durée minimale de traitement IV dans la prise en charge d'une cellulite non-complicquée*.</b></li><li>• Les patients qui répondent aux critères proposés suivants peuvent généralement passer d'un traitement IV à un traitement PO :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Le patient ne présente aucune fièvre depuis au moins 24 heures.</li><li>○ Il y a amélioration clinique (p. ex. amélioration clinique globale, diminution de la douleur).</li><li>○ Il n'y a aucun facteur de complication (p. ex. atteinte des tissus mous plus profonds, abcès non drainé, perfusion insuffisante à la zone touchée).</li><li>○ Le patient tolère les médicaments oraux qui permettront d'atteindre les concentrations tissulaires adéquates.</li></ul></li></ul>
<b>Durée du traitement</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Chez les patients souffrant d'une cellulite non-complicquée* qui montrent des signes d'amélioration après 72 heures de traitement, une durée de traitement de 5 jours est tout aussi efficace qu'une durée de 10 jours. La cellulite est causée par un nombre plutôt faible de bactéries qui entraînent un degré important et disproportionné d'inflammation. Un traitement de plus de 5 jours est rarement nécessaire si le patient y répond pendant les 72 premières heures de traitement.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Un suivi est essentiel pour rassurer les patients (et les prescripteurs) quant au fait que toute rougeur résiduelle est seulement due à l'inflammation.</li></ul></li></ul>
<b>SARM</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le SARM est le plus souvent associé à des infections PURULENTES de la peau et des tissus mous. Il est de pratique courante de prescrire un traitement contre le SARM dans tous les cas de cellulite légère à modérée chez les patients qui ont des antécédents de SARM. Cependant, seule la cellulite légère à modérée PURULENTE exige une couverture empirique du SARM, même dans le contexte d'une infection à SARM antérieure. <b>La couverture empirique du SARM n'est PAS nécessaire dans le cas d'une cellulite légère à modérée NON purulente.</b></li><li>• Les facteurs de risque d'infection à SARM comprennent : antécédents d'infection ou de colonisation à SARM, contact domiciliaire avec un individu porteur de SARM (colonisé), utilisation de drogues IV, itinérance, personnes incarcérées, déplacement récent vers une région ou une collectivité endémique pour le SARM ou le fait d'y habiter.</li></ul>

\*Cellulite non-complicquée: cellulite SANS implication périorbitaire, sepsis sévère, lésions bulleuses importantes, abcès non-drainé, implication des tissus profonds, fasciite nécrosante ou infection de matériel prosthétique.

## Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 02-2021

<b>Cellulite NON purulente</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cellulite <b>NON</b> associée à des collections purulentes (c.-à-d. abcès, folliculites, furoncles, ecthyma purulent).</li> <li>Pathogènes courants : <i>Streptococcus pyogenes</i> et autres streptocoques bêta-hémolytiques, <i>S. aureus</i>.</li> </ul>			
<b>Gravité</b>	<b>Traitement empirique</b>	<b>Durée du traitement</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Légère</b>  (Aucun signe de toxicité systémique)	céphalexine 500 – 1000 mg PO q6h* OU céfadroxil 500 – 1000 mg PO q12h*  <u><b>Si véritable allergie immédiate<sup>1</sup> à une bêta-lactamine qui pose un risque de réaction croisée avec céphalexine ou céfadroxil :</b></u> céfuroxime 500 mg PO q8-12h*  <u><b>Si réaction tardive grave<sup>2</sup> à une bêta-lactamine, où l'utilisation future n'est pas recommandée :</b></u> clindamycine 300 - 450 mg PO q6h	5 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bilan :</b> Aucun bilan nécessaire.</li> <li>La couverture empirique du SARM n'est PAS nécessaire dans le cas d'une cellulite légère à modérée NON purulente, même s'il y a présence de facteurs de risque pour SARM.</li> <li>Envisager d'ajuster le dosage des antibiotiques pour les patients obèses afin d'assurer des concentrations tissulaires adéquates.</li> </ul>
<b>Modérée</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de signes de toxicité systémique (p. ex. fièvre, leucocytose), mais PAS de sepsis</li> </ul> OU  <ul style="list-style-type: none"> <li>Échec du traitement PO<sup>3</sup></li> </ul>	<u><b>Traitement PO privilégié :</b></u> Comme en infection légère.  <u><b>Traitement IV privilégié :</b></u> céFAZoline 2 g IV q8h*  <u><b>Alternatives pour l'antibiothérapie IV ambulatoire:</b></u> [probénécide 1 g PO, suivi 30 à 60 minutes plus tard de céFAZoline 2g IV] répéter q24h*. <sup>4</sup> OU céFAZoline 2g IV (dose de charge), puis ensuite 6 g IV en perfusion continue sur une période de 24 heures*. <sup>4</sup>  <u><b>Si réaction tardive grave<sup>2</sup> à une bêta-lactamine, où l'utilisation future n'est pas recommandée :</b></u> clindamycine 900 mg IV q8h	S'il y a réponse au traitement dans les 72 heures : 5 jours  S'il y a réponse tardive au traitement : Le traitement pourrait être prolongé jusqu'à 7-10 jours, au besoin.	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bilan:</b> Peut envisager des hémocultures chez les patients avec signes de toxicité systémique.</li> <li>Il n'existe aucune donnée probante pour appuyer qu'un traitement IV est plus efficace qu'un traitement PO dans la prise en charge d'une cellulite non-compiquée. Envisager un traitement PO chez les patients qui présentent un seul signe/symptôme de toxicité systémique.</li> <li>La couverture empirique du SARM n'est PAS nécessaire dans le cas d'une cellulite légère à modérée NON purulente, même s'il y a présence de facteurs de risque pour SARM.</li> <li>Envisager d'ajuster le dosage des antibiotiques pour les patients obèses afin d'assurer des concentrations tissulaires adéquates.</li> </ul>

\* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

<sup>1</sup> Les véritables allergies immédiates médiées par les IgE comprennent, sans toutefois s'y limiter : anaphylaxie, angioœdème, hypotension, bronchospasme, stridor, urticaire et prurit.

<sup>2</sup> Les réactions tardives graves comprennent, sans toutefois s'y limiter : syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, hépatite auto-immune, syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (syndrome DRESS), maladie sérique, anémie hémolytique ou néphrite interstitielle.

<sup>3</sup> Au cours des 48 premières heures, une légère progression de l'érythème est attendue et est « acceptable ». L'évaluation de la réponse clinique dans les 48 premières heures devrait être limitée à l'amélioration de la douleur, de la fièvre et de l'état général du patient.

<sup>4</sup> Veuillez vérifier la disponibilité dans votre zone

## Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 02-2021

### Cellulite purulente

- Cellulite associée à des collections purulentes (c.-à-d. abcès, folliculites, furoncles, ecthyma purulent).
- Pathogènes courants** : *Staphylococcus aureus* (*Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline [SASM] +/- SARM).
- Évaluer le patient pour détecter les facteurs de risque d'infection à SARM** : antécédents d'infection ou de colonisation à SARM, contact domiciliaire avec un individu porteur de SARM (colonisé), utilisation de drogues IV, itinérance, personnes incarcérées, déplacement vers une région ou une collectivité endémique pour le SARM ou le fait d'y habiter.

Gravité	Traitement empirique	Durée du traitement	Commentaires
<b>Légère</b>  (Aucun signe de toxicité systémique)	<b>Si aucun facteur de risque d'infection à SARM:</b> céphalexine 500 – 1000 mg PO q6h* OU céfadroxil 500 – 1000 mg PO q12h*  <b>Si véritable allergie immédiate<sup>1</sup> à une bêta-lactamine qui pose un risque de réaction croisée avec céphalexine ou céfadroxil :</b> céfuroxime 500 mg PO q8-12h*	5 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bilan</b> : Drainage/culture du pus</li> <li>Incision et drainage de la collection purulente (dans la mesure du possible) est essentiel à la prise en charge d'une cellulite purulente.</li> <li>Envisager d'ajuster le dosage des antibiotiques pour les patients obèses afin d'assurer des concentrations tissulaires adéquates.</li> </ul>
	<b>Si facteurs de risque d'infection à SARM, AJOUTER un des suivants:</b> sulfaméthoxazole/triméthoprim 800/160 mg à 1 600/320 mg (1 ou 2 comprimés DS) PO q12h* <sup>2</sup> OU doxycycline 200 mg PO x 1 dose, ensuite 100 mg PO q12h <sup>2</sup>		
<b>Modérée</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de signes de toxicité systémique (p. ex. fièvre, leucocytose), mais PAS de sepsis</li> </ul> OU  <ul style="list-style-type: none"> <li>Échec du traitement PO<sup>3</sup></li> </ul>	<b>Si aucun facteur de risque d'infection à SARM:</b> <b>Traitement PO privilégié :</b> Comme en infection légère.  <b>Traitement IV privilégié :</b> céFAZoline 2 g IV q8h*  <b>Alternatives pour l'antibiothérapie IV ambulatoire:</b> [probénécide 1 g PO, suivi 30 à 60 minutes plus tard de céFAZoline 2g IV] répéter q24h*. <sup>4</sup> OU céFAZoline 2g IV (dose de charge), puis ensuite 6 g IV en perfusion continue sur une période de 24 heures*. <sup>4</sup>	S'il y a réponse au traitement dans les 72 heures : 5 jours  S'il y a réponse tardive au traitement : Le traitement pourrait être prolongé jusqu'à 7-10 jours, au besoin.	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bilan:</b> Comme ci-dessus; peut envisager des hémocultures chez les patients avec signes de toxicité systémique.</li> <li>Incision et drainage de la collection purulente (dans la mesure du possible) est essentiel à la prise en charge d'une cellulite purulente.</li> <li>Il n'existe aucune donnée probante pour appuyer qu'un traitement IV est plus efficace qu'un traitement PO dans la prise en charge d'une cellulite non-complicquée. Envisager un traitement PO chez les patients qui présentent un seul signe/symptôme de toxicité systémique.</li> <li>Envisager d'ajuster le dosage des antibiotiques pour les patients obèses afin d'assurer des concentrations tissulaires adéquates.</li> </ul>
	<b>Si facteurs de risque d'infection à SARM:</b> <b>Traitement PO privilégié :</b> Comme en infection légère.  <b>Traitement IV privilégié :</b> vancomycine 25-30 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8-12h* (cibler concentration sérique minimale [creux] de 10 à 15 mg/L)		

\* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

<sup>1</sup> Les véritables allergies immédiates médiées par les IgE comprennent, sans toutefois s'y limiter : anaphylaxie, angioœdème, hypotension, bronchospasme, stridor, urticaire et prurit.

<sup>2</sup> Traitement peu efficace contre les streptocoques bêta-hémolytiques; on pourrait envisager de combiner le traitement avec céphalexine, céfadroxil ou amoxicilline.

<sup>3</sup> Au cours des 48 premières heures, une légère progression de l'érythème est attendue et est « acceptable ». L'évaluation de la réponse clinique dans les 48 premières heures devrait être limitée à l'amélioration de la douleur, de la fièvre et de l'état général du patient.

<sup>4</sup> Veuillez vérifier la disponibilité dans votre zone

## Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 02-2021

### Morsures animales et humaines

- La prise en charge initiale des blessures par morsure comprend un nettoyage en profondeur et une bonne irrigation.
- Si la morsure a été faite par un animal inconnu, ou pendant une attaque non provoquée, évaluer la nécessité de procéder à une prophylaxie post-exposition à la rage.
- Les plaies perforantes devraient faire l'objet d'un examen minutieux afin de détecter la présence de corps étrangers et de déterminer l'étendue de la blessure par rapport aux structures sous-jacentes.
- Les taux d'infection peuvent être aussi élevés que 80 % pour les morsures de chat, 50 % pour les morsures humaines et 20 % pour les morsures de chien.
- Souvent polymicrobien; les pathogènes courants peuvent comprendre :
  - Morsure de chat/chien : *Pasteurella multocida*, *Capnocytophaga* spp, *Streptococcus* spp, *S. aureus*, anaérobies (p. ex. *Fusobacterium*);
  - Morsure humaine : *Streptococcus* spp, *Eikenella* spp, *S. aureus*, anaérobies (p. ex. *Fusobacterium*).

Gravité	Traitement empirique	Durée du traitement	Commentaires
<b>Prophylaxie/ Traitement anticipé</b> (Amorcer dans les 12 heures)  <u>Indiqué si:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute morsure de chat</li> <li>• Atteinte osseuse ou articulaire</li> <li>• Plaies perforantes</li> <li>• Blessure modérée/grave</li> <li>• Blessures aux: mains, pieds, visage ou organes génitaux</li> <li>• Œdème dans la région touchée</li> <li>• Cirrhose</li> <li>• Patients immunodéprimés (p.ex. asplénie)</li> </ul>	<p><b><u>Traitement privilégié :</u></b> Amoxicilline+clavulanate 875+125 mg PO q12h*</p> <p><b><u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline<sup>1</sup> :</u></b> céfuroxime axétil 500 mg PO q8h* <b>PLUS</b> métronIDAZOLE 500 mg PO q12h</p> <p>*OU*</p> <p>doxycycline 200 mg PO x 1 dose, ensuite 100 mg PO q12h +/- métronIDAZOLE 500 mg PO q12h</p>	3-5 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bilan :</b> Dans le cas de plaies infectées, envisager des hémocultures et une culture de plaie/pus.</li> <li>• Si les vaccins ne sont pas à jour, envisager d'administrer le vaccin antitétanique.</li> <li>• Le VIH et les hépatites B et C sont rarement transmis par des morsures humaines.</li> <li>• Un prolongement de la durée du traitement serait exigé dans un contexte de complications; p.ex. ostéomyélite, arthrite septique ou ténosynovite.</li> <li>• Envisager d'ajuster le dosage des antibiotiques pour les patients obèses afin d'assurer des concentrations tissulaires adéquates.</li> </ul>
<b>Infection légère à modérée</b>	<p><b><u>Traitement privilégié :</u></b> Amoxicilline+clavulanate 875+125 mg PO q12h*</p> <p><b><u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline<sup>1</sup> :</u></b> céfuroxime axétil 500 mg PO q8h* <b>PLUS</b> métronIDAZOLE 500 mg PO q12h</p> <p>OU</p> <p>doxycycline 200 mg PO x 1 dose, ensuite 100 mg PO q12h +/- métronIDAZOLE 500 mg PO q12h</p> <p><b><u>Si signes de toxicité systémique (mais non de sepsis) :</u></b> céfuroxime 1,5 g IV q8h* <b>PLUS</b> métronIDAZOLE 500 mg PO q12h</p>	7-10 jours	

\* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

<sup>1</sup> Les véritables allergies immédiates médiées par les IgE comprennent, sans toutefois s'y limiter : anaphylaxie, angioœdème, hypotension, bronchospasme, stridor, urticaire et prurit.

## Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 02-2021

### Infections graves de la peau et des tissus mous

- Si l'un ou l'autre des éléments suivants se manifeste, envisager la possibilité d'une infection nécrosante, comme la fasciite nécrosante :
  - Douleur profonde et intense, disproportionnée par rapport à ce qu'on peut s'attendre à la suite des résultats de l'examen de la peau.
  - Progression rapide, particulièrement le long des plans fasciaux.
  - Présence de gaz dans les tissus mous
  - Zones d'anesthésie de la peau touchée
  - Instabilité hémodynamique
  - Induration marquée (sensation de durcissement/de bois du tissu sous-cutané)
  - Défaillance d'organes multiples
  - Bulles violacées
- Le débridement chirurgical est ESSENTIEL dans le cadre de la prise en charge d'infections nécrosantes des tissus mous.

Gravité	Traitement empirique	Durée du traitement	Commentaires
<p>Patient atteint de sepsis, mais hémodynamiquement stable</p> <p><b>ET</b></p> <p>Infection nécrosante des tissus mous <b>NON</b> soupçonnée</p>	<p><b>Traitement privilégié :</b> céFAZoline 2 g IV q8h*</p> <p><b><u>Si risque d'infection causée par bactéries Gram négatif ou d'infection polymicrobienne (p. ex. morsures, cirrhose, plaies fétides, atteinte des aines ou du rectum):</u></b> pipéracilline+tazobactam 3,375 g IV q6h* (ou méropénème 500 mg IV q6h si véritable allergie immédiate à la pénicilline<sup>1</sup>)</p> <p><b><u>Si présence de facteurs de risque d'infection à SARM, ajouter à l'un des agents ci-dessus :</u></b> vancomycine 25-30 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8-12h* (cibler concentration sérique minimale [creux] de 10 à 15 mg/L)</p>	5-10 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bilan:</b> hémocultures</li> <li>• <b>Si infection nécrosante des tissus mous est soupçonnée :</b> évaluation chirurgicale urgente en vue d'une biopsie diagnostique ou d'un débridement.</li> <li>• Consultation auprès d'un médecin microbiologiste/infectiologue est fortement encouragée.</li> <li>• <u>Évaluer pour déterminer s'il y a présence de facteurs de risque d'infection à SARM :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antécédents d'infection ou de colonisation à SARM.</li> <li>○ Contact domiciliaire avec un individu porteur de SARM (colonisé)</li> <li>○ Utilisation de drogues IV</li> <li>○ Itinérance</li> <li>○ Personnes incarcérées</li> <li>○ Déplacement récent vers une région ou une collectivité endémique pour le SARM ou le fait d'y habiter</li> </ul> </li> <li>• Envisager d'ajuster le dosage des antibiotiques pour les patients obèses afin d'assurer des concentrations tissulaires adéquates.</li> </ul>
<p>Le patient est hémodynamiquement instable (c.-à-d. choc septique).</p> <p><b>ET/OU</b></p> <p>Une infection nécrosante des tissus mous est soupçonnée.</p>	<p><b><u>Infection monobactérienne soupçonnée :</u></b> céFAZoline 2 g IV q8h* <b>PLUS</b> clindamycine 900 mg IV q8h<sup>2</sup></p> <p><b><u>Si risque d'infection causée par bactéries Gram négatif ou d'infection polymicrobienne (p. ex. morsures, cirrhose, plaies fétides, atteinte des aines ou du rectum):</u></b> pipéracilline+tazobactam 4,5 g IV q6h* (ou méropénème 1-2 g IV q8h si véritable allergie immédiate à la pénicilline<sup>1</sup>)</p> <p><b>PLUS</b> clindamycine 900 mg IV q8h<sup>2</sup></p> <p><b><u>Si présence de facteurs de risque d'infection à SARM, ajouter à l'un des agents ci-dessus :</u></b> vancomycine 25-30 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8-12h* (cibler concentration sérique minimale [creux] de 10 à 15 mg/L)</p>	Consulter un spécialiste	

\* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

<sup>1</sup> Les véritables allergies immédiates médiées par les IgE comprennent, sans toutefois s'y limiter : anaphylaxie, angioœdème, hypotension, bronchospasme, stridor, urticaire et prurit.

<sup>2</sup> La clindamycine en traitement d'appoint vise de réduire la production de toxines bactériennes; poursuivre le traitement pendant au moins 72 heures, et jusqu'à ce que le patient ne soit plus gravement malade.

## Traitement des infections de la peau et des tissus mous

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 02-2021

### References:

1. Stevens, D., Bisne, A., Chambers, H., Everett, E., Dellinger, P., Goldstein, E. ... Wade, J. (2014). Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clinical Infectious Disease*, 41 (15, November), 1373-1406
2. Blondel-Hill and Fryters. Bugs & Drugs 2.0. Accessed online 06-2020.
3. Hopkins ABX Guide. Accessed online 06-2020
4. INESSS. Optimal Usage Guide: Cellulitis in Adults. October 2017. Accessed online 06-2020.
5. Bystritsky R & Chambers H. In the Clinic® - Cellulitis and Soft Tissue Infections. *Annals of Internal Medicine*. 2018. doi:10.7326/AITC201802060
6. SHS+UHN Antimicrobial Stewardship Program. Skin and Skin Structure Infections (SSSIs). Accessed online 06-2020.
7. SHS+UHN Antimicrobial Stewardship Program. Management of Uncomplicated Skin and Skin Structure Infections (Non-Purulent and Purulent). Accessed online 06-2020.
8. Raff A & Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. *JAMA*. 2016;316(3):325-337. doi:10.1001/jama.2016.8825
9. McCreary EK, Heim ME, Schulz LT et al. Top 10 Myths Regarding the Diagnosis and Treatment of Cellulitis. *The Journal of Emergency Medicine*. 2017; 53 (4): 485–492
10. Public Health Ontario. Evidence Brief: Duration of Antibiotic Treatment for Uncomplicated Cellulitis in Long-Term Care Residents. October 2018.
11. Hepburn MJ, Dooley DP, Skidmore PJ et al. Comparison of Short-Course (5 Days) and Standard (10 Days) Treatment for Uncomplicated Cellulitis. *Arch Intern Med*. 2004; 164:1669-1674
12. Prokocimer P, De Anda C, Fang E, et al. Tedizolid Phosphate vs Linezolid for Treatment of Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infections: The ESTABLISH-1 Randomized Trial. *JAMA*. 2013;309(6):559-569
13. Moran GJ, Fang E, Corey GR, et al. Tedizolid for 6 days versus linezolid for 10 days for acute bacterial skin and skin-structure infections (ESTABLISH-2): a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Infect Dis* 2014;14: 696–705
14. Cranendonk DR, Opmeer BC, Van Agtmael MA, et al. Antibiotic treatment for 6 days versus 12 days in patients with severe cellulitis: a multicentre randomized, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial. *Clinical Microbiology and Infection*. 2019; DOI:<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.09.019>
15. Daum RS, Miller LG, Immergluck L, et al. A Placebo-Controlled Trial of Antibiotics for Smaller Skin Abscesses. *N Engl J Med* 2017;376:2545-55. DOI: 10.1056/NEJMoa1607033
16. Conway J & Friedman B. Adjuvant Antibiotic Therapy After Incision and Drainage of Cutaneous Abscesses. *Academic Emergency Medicine*. 2020; 27: 427–428
17. Lake JG, Miller LG, Fritz SA. Antibiotic Duration, but Not Abscess Size, Impacts Clinical Cure of Limited Skin and Soft Tissue Infection After Incision and Drainage. *Clinical Infectious Diseases*. 2019; DOI: 10.1093/cid/ciz1129
18. Wang W, Chen W, Liu Y, et al. Antibiotics for uncomplicated skin abscesses: systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*. 2018; 8: e020991. doi:10.1136/bmjopen-2017-020991
19. Hurley HJ, Knepper BC, Price CS, et al. Avoidable Antibiotic Exposure for Uncomplicated Skin and Soft Tissue Infections in the Ambulatory Care Setting. *Am J Med*. 2013; 126(12): 1099–1106. doi:10.1016/j.amjmed.2013.08.016
20. Collazos J, de la Fuente B, Garcia A, Goomez H, Menendez C, Enriquez H, et al. (2018) Cellulitis in adult patients: A large, multicenter, observational, prospective study of 606 episodes and analysis of the factors related to the response to treatment. *PLoS ONE* 13(9): e0204036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204036>
21. Sutton JD, Carico R, Burk M, et al. Inpatient Management of Uncomplicated Skin and Soft Tissue Infections in 34 Veterans Affairs Medical Centers: A Medication Use Evaluation. *Open Forum Infectious Diseases*. 2020. DOI: 10.1093/ofid/ofz554
22. Talan DA, Mower WR, Krishnadasan A, et al. Trimethoprim–Sulfamethoxazole versus Placebo for Uncomplicated Skin Abscess. *N Engl J Med*. 2016 March 3; 374(9): 823–832. doi:10.1056/NEJMoa1507476
23. Talan DA, Moran GJ, Krishnadasan A, et al. Subgroup Analysis of Antibiotic Treatment for Skin Abscesses. *Ann Emerg Med*. 2018 January ; 71(1): 21–30. doi:10.1016/j.annemergmed.2017.07.483
24. Ihm C, Sutton JD, Timbrook TT, Spivak ES. Treatment Duration and Associated Outcomes for Skin and Soft Tissue Infections in Patients With Obesity or Heart Failure. *Open Forum Infectious Diseases*. 2019. DOI: 10.1093/ofid/ofz217
25. Landry DL, Eltonsy S, et al. Continuous cefazolin infusion versus cefazolin plus probenecid for the ambulatory treatment of uncomplicated cellulitis: A retrospective cohort study. *Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*. 2018. doi:10.3138/jammi.2018-0039
26. AHRQ Safety Program for Improving Antibiotic Use. Best Practices in the Diagnosis and Treatment of Cellulitis and Skin and Soft Tissue Infections. November 2019
27. Aboltins CA, Hutchinson AF, Sinnappu RN, Cresp D et al. Oral versus parenteral antimicrobials for the treatment of cellulitis: a randomized non-inferiority trial. *J Antimicrob Chemother* 2015; 70: 581 –586. doi:10.1093/jac/dku397