

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Enseignement Supérieur

et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID TLEMCCEN

Faculté de Médecine

Département de Médecine



MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME
DE Docteur EN MEDECINE

Thème

L'Erysipèle
Etude statistique des cas d'érysipèle
Au niveau de service des maladies infectieuses
CHU Tlemcen

Présenté par : BENMOSTEFA FOUZI
BENHASSI FARID

C.H.U. TLEMCCEN
D^r T. DAMARDJI
D^r S. BENCHOUK
Maitre Assistant
CHEF DE SERVICE
DES MALADIES INFECTIEUSES

Encadré par :

Présidente : Pr. BENCHOUK .S, Chef Service des Maladies infectieuses, CHU Tlemcen

Examineur : Dr. BRAHIMI.H, Maitre Assistante, CHU Tlemcen

Examineur : Dr. BENZAAD.M, Maitre Assistant, CHU Tlemcen

Année Universitaire : 2012-2013

Remerciement

En premier lieu, je tiens à remercier le dieu tout puissant qui m'a donné la force et le courage d'aller jusqu'au bout de mes études.

Merci et mille fois merci, à mes très chers parents pour tout le soutien moral que vous m'avez apporté durant ces dernières années de formation.

*Un remerciement spécial pour notre encadreur **Pr. Benchouk**, qui m'a beaucoup aidé et retenu la langue de la rédaction de ce mémoire et qui m'a orienté avec ses conseils judicieux et surtout merci pour sa patience. Merci pour votre gentillesse, vos précieux conseils et votre soutien à tous les instants, soyez rassuré de ma profonde gratitude et ma respectueuse considération vos qualités scientifiques et humaines resteront à jamais pour moi l'exemple.*

Je remercie chaleureusement Dr Bensaad et Dr Brahim pour leurs conseils, orientations, renseignements et meilleur encadrement au cours du ce travail.

Je remercie également de tout mon cœur tous le personnel du service de maladies infectieuses, tous les amies, tous les enseignants qui ont contribué à mon apprentissage depuis mon jeune âge à ce jour, et je leur adresse mes sentiments respectueusement reconnaissant pour tout le savoir qu'ils m'ont prodigué.

Le Sommaire

Partie Théorique

1- <i>Introduction</i>	01
2- <i>Epidémiologie</i>	03
3- <i>Terrain favorisant</i>	05
4- <i>Diagnostic positif</i>	06
A- <i>Etude Clinique</i>	06
B- <i>Les données biologiques</i>	08
C- <i>Formes cliniques</i>	10
1. <i>Formes selon le siège</i>	10
2. <i>Formes symptomatique</i>	12
3. <i>forme Selon le terrain</i>	13
4. <i>Formes compliqués</i>	13
a. <i>Complications régionales et Locales</i>	13
b. <i>Complications générales</i>	15
5- <i>Diagnostiques Différentielles</i>	16
A. <i>Erysipèle de la face</i>	16
B. <i>Erysipèle de membre inferieur</i>	18
6- <i>Conduit à Tenir</i>	19
A. <i>Traitement général</i>	20
B. <i>Traitement local</i>	21
C. <i>Traitement des récives</i>	21
7- <i>Conclusion</i>	21

Partie Pratique

<i>A. Objectifs</i>	23
<i>B. Matériels et méthodes</i>	23
<i>C. Résultats</i>	24
1-Répartition selon l'âge.....	24
2- Répartition selon le sexe	25
3-Répartition selon les Facteurs de risque.....	25
4- Répartition selon la période de survenue de la maladie.....	27
5- Répartition selon porte d'entrée.....	28
6- Répartition selon l'examen clinique	29
a. Début des symptômes	29
b. Signes fonctionnels Signes physiques	30
7-Répartition selon le siège de l'érysipèle	32
8-Répartition selon les examens paraclinique	33
a. Biologie	33
b. Radiologie	34
9-Répartition selon le traitement et le séjour hospitalier.....	35
a. Traitement	35
b. La durée d'hospitalisation	37
10-Répartition selon l'évolution	37
11- Répartition selon les récives et complications...38	
a. Complications.....	38
b. Récives	39
c. Délai de récives.....	40
<i>D. Discussion</i>	42
<i>E. Conclusion</i>	43
<i>F. Références</i>	45

Liste Des Abréviations

ATB : Antibiotique

CAE : Conduite auditif externe ***GNA***

: Glomérulo néphrite aigue ***RAA*** :

Rhumatisme articulaire aigue ***ADP*** :

Adénopathie

ATCD : Antécédent

HTA : Hypertension artériel

CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée

MUI : Millions unités international

IVD : Intraveineuse directe

IM : Intra musculaire

S/C : Sous cutané

J : jour

I. : Insuffisance

H : Heur

A : Adulte

E : Enfant

PARTIE THEORIQUE

1- Introduction :

L'érysipèle est une dermo epidermite aigue due à une infection focale par un streptocoque de groupe A exceptionnellement groupe C ou G.

Cette affection devenue rare depuis l'avènement de la chimiothérapie antibactérienne, actuellement elle est en nette recrudescence mais sous des aspects cliniques peu modifiées : ainsi la forme classique du visage qui représenterait autrefois 80% d'érysipèle fut place actuellement à celle des membres et au particulier des membres inferieur

Les formes typiques avec début brutal par des signes généraux intenses et hyperthermie à 40 avec placard inflammatoire et bourrelet périphérique sont beaucoup plus rares que les formes dégradées ; observées surtout aux membres inferieur et réalisent les dermites streptococciques subaiguë A

On recherche rarement la preuve bactérienne de l'infection par l'acensions des anticorps antienzyme streptococcique

La pénicillothérapies permet de guérir très facilement l'infection, on lui associera un traitement anticoagulant chez les sujet présentes un risque plus élevé de phlébite,

Une GNA streptococcique sera systématiquement recherchée

Les risques de récives sont élevés dans les érysipèles des membres inferieur ou il existe des troubles de la circulation veineuse et ou lymphatique.

- La port d'entre peut être difficile a retrouvé, elle siège le plus souvent dons le voisinage de la plaque : lésion cutané minime, érosion narinaire, fissures

labiales ou retro auriculaire, eczéma du C A E de l'oreille, excoriation traumatique, ulcère variqueux, plaie traumatique ou chirurgicale

Cette porte d'entrée peut être également muqueuse : otite, sinusite, angine, granulome d'odontogène apical.

-Le streptocoque à l'origine d'un érysipèle provient le plus souvent du tractus respiratoires ou des cavités orl du malade, pour certains auteurs il existerait des antécédents d'infection orl (dans les 1/3 des cas) ou de l'entourage du malade.

-chez le nouveau-né l'infection ombilicale peut être à l'origine d'un érysipèle de la paroi abdominale.

*à côté de cette porte d'entrée, il faut également rechercher un terrain particulier : sujet sensibilisé au streptocoque.

*l'interrogatoire peut noter dans les ANTCD : une scarlatine, RAA, quand il ne s'agit que de l'érysipèle, car l'infection récidive volontiers.

*les récurrences sont favorisées par certaines conditions locales : trouble de la circulation veineuse et/ou lymphatiques des jambes, ulcère variqueux.

*il est classique de considérer comme facteur favorisant des érysipèles ou de leur gravité, les états de débilité de toute nature : dénutrition, alcoolisme, diabète, immunodépression corticothérapie générale..etc

*l'érysipèle s'observe surtout chez l'adulte âgé et le très jeune enfant.

*il atteint les deux sexes, peut-être un peu plus souvent le sexe féminin.

*il est peu contagieux, toutefois il peut survenir en petite épidémie dans les mauvaises conditions de l'environnement.

2- Epidémiologie :

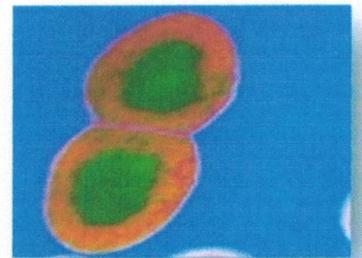
Il s'agit d'une pathologie rare chez l'enfant mais fréquente chez l'adulte dont l'incidence est évaluée à 10-100 cas pour 100 000 habitants par an. Elle atteint préférentiellement l'adulte de plus de 40 ans, avec un âge moyen de survenue de 60 ans, et 90 % des cas sont localisés au niveau des membres inférieurs.

-Agent Responsable : essentiellement le streptocoque pyogène

Famille bactérienne streptococcique surtout A cocci

Gram positif, disposés en chaînettes.

Les deux genres retrouvés chez l'homme sont le genre *Streptococcus* proprement dit – dont une espèce particulière appelée *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumocoque – et le genre *Enterococcus*, ou entérocoque.



Les streptocoques sont sensibles à de nombreux antibiotiques et en particulier aux pénicillines et à leurs dérivés.

° La porte d'entrée cutanée du germe doit être systématiquement recherchée :

- aux membres inférieurs : intertrigo interdigitoplaire, plaie traumatique, ulcère variqueux.

- au visage : lésion excoriée d'un orifice narinaire ou d'une oreille.

° Le facteur favorisant principal est l'œdème des membres inférieurs (d'origine veineuse, cardiaque ou lymphatique), mais aussi l'alcoolisme, le diabète et la désocialisation.

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens favorise la survenue de complications.

- LES DIFFÉRENTS STREPTOCOQUES :

Les streptocoques sont classés en fonction des propriétés antigéniques d'un constituant de leur paroi, le polysaccharide C, en différents groupes (dénommés A, B, C, etc.), ou bien en fonction de leurs propriétés biochimiques lorsqu'ils ne possèdent pas de polysaccharide C et ne sont pas groupables. On en distingue plus de 20 groupes, les plus virulents étant ceux des groupes A, en raison d'une capsule et d'un antigène superficiel appelé protéine M, puis, dans une moindre mesure, ceux des groupes B et D.

— Le streptocoque du groupe A, ou *Streptococcus pyogenes*, sécrète de nombreuses substances responsables de manifestations cliniques variées (angine, érysipèle, infection cutanée, scarlatine) et de complications survenant à la suite de ces affections (rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë, érythème noueux).

— Les streptocoques du groupe B, qui colonisent l'intestin et les organes génitaux féminins, sont à l'origine de septicémies et de méningites néonatales.

— Les streptocoques du groupe D (*Streptococcus bovis*) et les espèces du genre *Enterococcus* (*Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*) sont des hôtes normaux de l'intestin, parfois responsables de septicémies et d'endocardites. Les entérocoques sont, en outre, fréquemment responsables d'infections urinaires et de suppurations à point de départ digestif ; ils se caractérisent par leur résistance aux antibiotiques.

— Les streptocoques non groupables, ou streptocoques oraux, sont des bactéries commensales (vivant sur un hôte sans lui nuire) de la cavité buccale de l'homme ; ils contribuent à l'apparition des caries dentaires et sont également responsables de certaines endocardites.

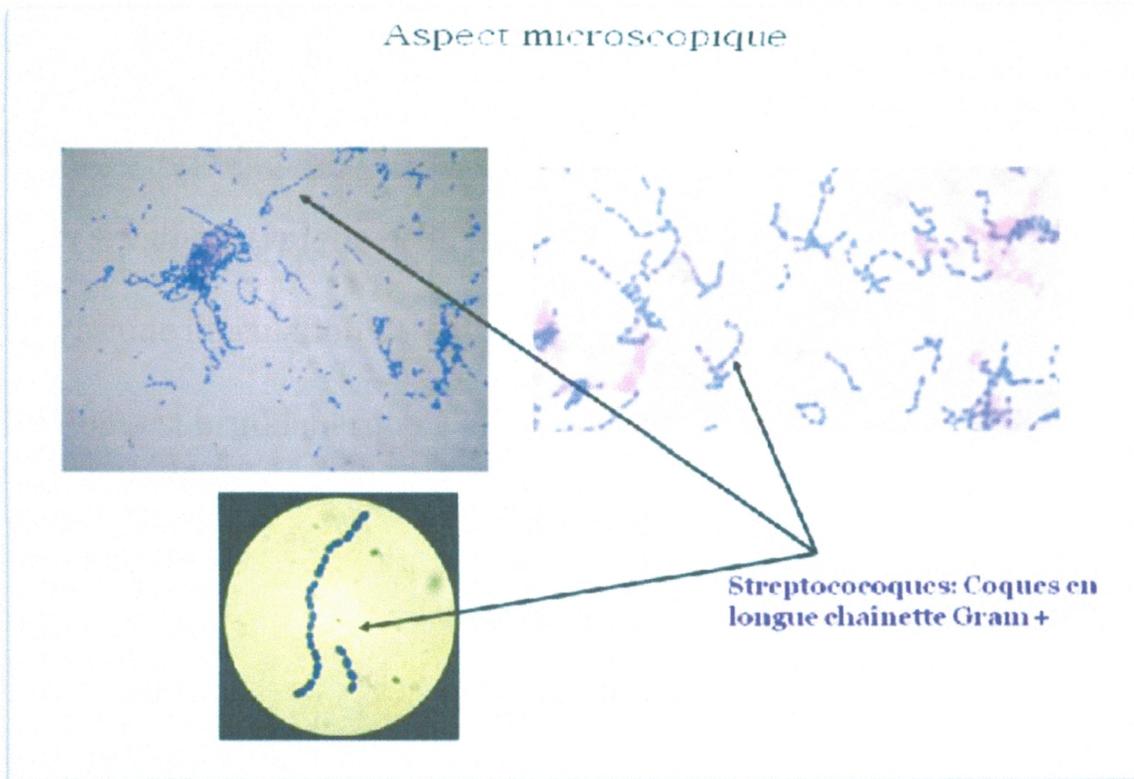


Fig1. Aspect microscopique des streptocoques G+ en chaînette

3-Terrain Favorisant :

- 1-Porte d'entrée bactérienne: plaies et fissures cutanées (mycose des plis inter-orteils ou rétro-auriculaire...), rhinite, otite, infection dentaire.
- 2-Lymphoedème congénital ou acquis.
- 3-Insuffisance veineuse, dermite de stase.
- 4-Maladies chroniques (diabète, cancer, malnutrition, syndrome néphrotique)
- 5-Immunodépression.
- 6-Obésité.

4- Diagnostic positif :

A-Etude Clinique :

TDD : érysipèle typique de la face :

a. après une inoculation de 2-8j

*le début est brutal marque :

-des frissons intenses

-une hyperthermie à 39-40

-des courbatures

-des céphalées

-Malaise générale

-Et parfois des troubles digestifs type nausées
vomissement

b. Localement :

Au début une petite tuméfaction rouge donnant une sensation de cuisson.

Une ADP satellite douloureuse devient perceptible dans le territoire correspondant.

*un placard d'abord localisé : débute près de la lésion qui est la fait maitre s'étend rapidement pour atteindre sa taille définitive et en 24-48 H, est le visage presque entièrement concerné par le processus.

*la plaque recouvre la racine du nez, les joues en « ailes de papillon »

S'étend au front, aux paupières et peut déborder sur le cuir chevelue le lobule de l'oreille mais de façon habituelle atteint les deux hémifaces.

c. phase d'état :

La symptomatologie est évidente, l'éruption siégé presque sur tout le visage, le placard est inflammatoire, très douloureux, rouge violacé.

L'œdème est important et tuméfiée le tégument intéresse déformant le nez, infiltrant les lèvres et les paupières.

C'est à la périphérie de la plaque que les signes inflammatoires atteignent leur maximum notamment l'œdème, cette particularité explique « le **bourrelet** » très caractéristique de l'érysipèle de la face.

-sur le placard il existe souvent des phlyctènes d'abord transparent, puis louche contenant des streptocoques.

Les signes généraux sont intenses la fièvre et en plateau ou oscillante, le pouls élevé.

L'état général tend à s'altère, avec insomnie voir délire en cas d'atteinte de cuir chevelue.

Evolution :

Le traitement : est en générale simple même chez le sujet tare, en **1-3j** l'apyrexie s'installe l'éruption s'efface mais la rougeur peut persister pendant plus d'une semaine.

*sans traitement : l'évolution est cyclique ainsi après l'extension de la plaque, une période stationnaire se maintient pendant quelque jour (**5-10j**) puis la guérison survient brutalement annoncée par une crise urémique

Le placard disparaît sans laisser de cicatrice souvent après une petite desquamation.

Chez le sujet débilité en plus du risque de décompensation de tare, la plaque érysipeloïde peut parfois s'étendre au cou, le thorax, prendre un aspect nécrotique, suppuré au hémorragique.

B- Les données biologiques :

FNS : objective en générale une hyperleucocytose à polynucléose

Il existe un syndrome inflammatoire biologique avec VS et fibrinogène élevés.

Le streptocoque en cause est rarement découvert à la surface des lésions, qu'on peut le mettre facilement en évidence par les prélèvements effectués sur les bulles compliquant parfois des érysipèles.

- En peut découvrir l'existence des streptocoques par les hémocultures en cas de bactériémies et sa recherche systématique dans les fosses nasales ou sur la gorge
- L'agent responsable est le plus souvent un streptocoque du groupe A selon la classification de **LANCE FIELD**
- Il s'agit très rarement de streptocoque de groupe C ou G, un streptocoque du groupe B peut être responsable d'érysipèle chez le nouveau née, exceptionnellement le staphylocoque doré a pu être mis en évidence
- Les streptocoques sont des cocci gramme positif arrondie ou ovoïdes, a sporulé immobiles et groupés en chaînette, non encapsules ce sont des bactéries exigeantes ne se cultivent bien que sur des milieux riches.

Ce sont des bactéries aero-anaerobies et l'anaérobiose relative est souvent favorable pour leur isolement à partir des phlyctènes.

Les streptocoques possèdent des propriétés hémolytiques, soit hémolyse totale : hémolyse β , soit hémolyse incomplet : hémolyse α .

Les streptocoques du groupes A et une bactérie strictement humaine, il persiste sur un milieu enrichie par de sang frais, du sérum c'est une bactérie aérobie β -hémolytique qui présente un antigène de paroi (polysaccharide C) et des protéines M.R.T.

Il élabore une toxine érytrogène et de nombreuses enzymes : streptolysine O, streptokinase ...

On peut procéder à la un recherche des anticorps anti enzyme strepto , (aslo ...)

Seul l'élévation significative du taux sérique d'anticorps sur deux prélèvements successifs a 10j d'intervalles permet d'affirmée l'étiologie streptococcique de l'érysipèle.

En fin la pratique d'une biopsie cutanée n'est plus d'usage, ce pendant l'examen histologique pourrait mettre en évidence un œdème dermique important avec la dilatation des capillaires sanguin et lymphatique, un infiltrat diffus composé de cellule mononuclées et de PNN dans les dermes papillaire est réticulaire, des streptocoques dans les vaisseaux lymphatiques sur les colorations GRAM et GIEMSA

C- Formes cliniques :

1. Formes selon le siège :

L'érysipèle peut apparaître en n'importe quel point du tégument à la suite de la moindre solution de continuité de l'épiderme. Les membres inférieurs et le visage constituent les deux localisations les plus fréquentes mais on peut observer des érysipèles sur le tronc après l'intervention chirurgicale, sur l'abdomen du nouveau-né après infection ombilicale, érysipèle des organes génitaux externes.

L'érysipèle de membre inférieur :

En fait beaucoup plus souvent observé à l'heure actuelle sous symptomatologie est quelque peu différente.

*Cliniquement il est très difficile de faire la distinction entre l'érysipèle vrai est une dermo hypodermite avec cellulite, lymphangite. Le début est volontiers brutal marqué par des frissons température supérieure à 38-38,5, au niveau du membre inférieur apparaît un œdème prédominant à l'extrémité mais la peau en regard est chaude tendue luisante rouge vif, parfois parsemée de pétéchies le placard entouré n'a habituellement pas de limite nette, une adénopathie satellite constante parfois noyée dans l'œdème. Le membre et le siège de douleur intense pulsatile exacerbée par la mobilisation.

Le terrain est évocateur c'est le plus souvent une femme âgée, volontiers obèse qui présente les troubles de la circulation de retour qu'il soit d'origine lymphatique ou veineuse (varices, séquelle de phlébite ; lymphœdème, idiopathique..).

La porte d'entrée est dans la plus part des cas facilement retrouvée : ulcère de jambe, plaie (parfois punctiforme donc négligé) fissure talonnière, intertrigo dermatose excoriée.

L'érysipèle des membres inférieurs (jambe +++) ont tendance très marquée à récidiver en particulier dans les œdèmes par insuffisance lymphatique, un véritable cercle vicieux se constitue entre l'infection et la stase lymphatique, chacune favorise l'autre en l'aggravant.

Érysipèle de la face	Érysipèle de jambe
Infiltration rouge douloureuse s'étendant à partir de la porte d'entrée du germe	Jambe rouge aiguë fébrile douloureuse
Limitation en périphérie par un bourrelet	Placard inflammatoire bien limité de la jambe, œdème, sans bourrelet
Au niveau de la peau, possibles vésicules ou phlyctènes	Peau rouge, luisante; parfois présence de pétéchies ou de phlyctènes
Adénopathies satellites (prétragiques, sous-maxillaires)	Possible traînée lymphangitique et adénite satellite inguinale

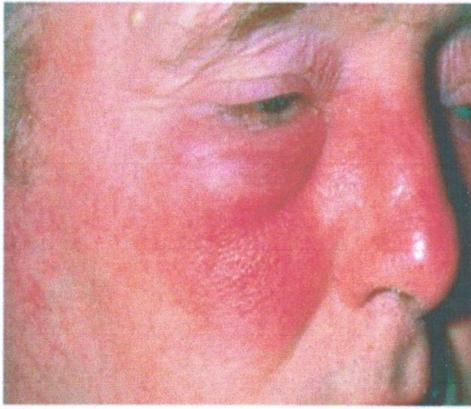


Fig2. Erysipèle de la face



Fig3. Erysipèle de la jambe

2. Formes symptomatique :

Dans certain cas les manifestations cutanées comportant du purpura, des vésicules ou de véritable phlyctène à la surface plaque.

L'érysipèle phlegmoneux représente l'expression majeure d'une suppuration locale.

Les formes gangréneuses sont devenues exceptionnelles depuis l'avènement des ATB il peut exister une importante altération d'état générale.

Les symptomatologies sont au contraire beaucoup plus souvent moins franches ou discrètes : décalage thermique modéré autour de 38, début insidieux la plaque inflammatoire ne comporte pas de bourrelet périphérique.

Les formes atténuées particulièrement fréquentes aux membres inférieurs et en cas d'érysipèle récidivant, sont parfois dénommées : dermite streptococcique subaiguë.

3. forme Selon le terrain :

a. chez le vieillard :

L'érysipèle revêt une forme insidieuse les signes généraux sont moins intenses, les lésions mal limitées (le bourrelet unique souvent).

b. chez la femme enceinte :

Constitue un terrain favorable à la survenue de l'érysipèle, les femmes qui sont sujettes ont souvent de nouvelles poussées à cette occasion.

c. chez le nouveau-né :

Il est souvent mortelle, la plaque se développe progressivement autour de l'ombilic qui constitue la porte d'entrée préférentiel, elle s'étend sur la paroi abdominale sans limite nette et sans bourrelet, le retentissement sur l'état général est net avec risque de déshydratation sévère il faut traiter sans retard, sous peine d'apparition de complication : péritonite, septicémie.

4. Formes compliqués :

Les complications s'observent surtout dans les cas traités tardivement ou chez des sujets débilisés, âgés ou immunodéprimés.

a. Complications régionales et Locales :

- Il peut s'agir de suppuration à type de rhinite purulente, otite, pneumopathie streptococcique (surtout chez les sujets âgés alités).

*Toute fois les complications locales les plus sévères de l'érysipèle sont représentées par la formation d'abcès et surtout de gangrène streptococcique (ou fasciite streptococcique nécrosante) cette complication est grave

commence d'un érysipèle puis apparaissent des plaques purpuriques nécrotiques et phlyctenulaires sur la plaque érysipélateuse.



Fig4. fasciite nécrosante

- on peut observer des atteintes viscérales d'origine septicémiques un état de choc ou de CIVD. Les gangrènes streptococciques peuvent être dues aux toxines streptococciques agissant de manière directe ou à un phénomène de SCHWARTZ SAWAVEL ou l'association d'autres germes au streptocoque.

-la **gangrène streptococcique** impose autre antibiothérapie, le traitement du choc et l'exérèse chirurgicale la plus précoce possible de l'ensemble des lésions.

-Les **phlébites** représentent également une des complications régionales majeure des érysipèles, leur dépistage peut être difficile cliniquement quand l'érysipèle touche le membre inférieur, le risque de phlébite chez le sujet âgé représentant l'insuffisance veineuse est encore majoré par le décubitus. Il justifie pour certains la prescription systématiquement

d'anticoagulant au cours du traitement du traitement de l'érysipèle des membres inférieur.

-**les complications oculaire** : au cours de l'érysipèle de la face sont exceptionnelles et peut s'agit d'uvéite optique contemporaine de l'éruption, se manifestant par une mydriase avec paralysie de accommodation et surtout baisse de l'acuité visuel. Les paralysies de nerfs moteur oculaire commun est plus rare, des suppurations oculaires on disparut en 10 jours.

b. Complications générales :

A type de **septicémie** est exceptionnelle encore qu'une bactériémie soit possible

Les complications générales que l'on peut observer à tout âge est la GNA post streptococcique elle est rare observé en générale après un temps de latence de **10 à 21** jours, seul les formes sévères très rare auront une traduction clinique.

On dépistera les formes cliniquement inapparent, à la recherche d'une protéinurie et hématurie au moment de la plaque érysipélateuse et dans semaines suivantes.

GNA post streptococcique d'origine immunologique s'accompagne d'une baisse de complément totale et des déférentes fractions du complément.

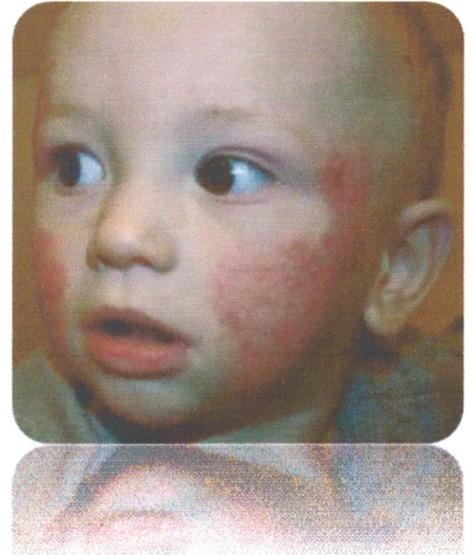
5-Diagnostic Différentielles :

L'anamnèse et les signes cliniques doivent faire écarter les affections suivantes devant :

A/ Erysipèle de la face :

1-Dermite allergique :(Fig5)

°Eczéma aigue de la face : le placard peut recouvrir une topographie en « ailes de papillon »
et a des caractéristiques inflammatoires
il est recouvert des vésicules, toutefois
il n'y a pas des signes généraux,
pas de bourrelet et les limites de la plaque sont nettes.



- à l'interrogatoire on retrouve la notion d'application de pommade ou produit cosmétique avant l'apparition de la plaque.

2-Zona ophtalmique :(Fig 6)

Il diffère nettement de l'érysipèle ;
le placard est recouvert de vésicules
caractéristiques de topographie
strictement unilatérale,
le diagnostic sera fait alors par la mise
en évidence du virus zostérien dans
les vésicules.



3-Staphylococcique maligne de la face :

Les circonstances d'appariation sont différents, un furoncle de la lèvre supérieur intempestivement manipulé a été le point de départ du placard.



Fig7. Staphylococcique maligne de la face

Le placard a une teinte plus cyanique que rouge ne se limitant pas par un bourrelet et prédominant d'un cote, l'œdème est très important, l'état général est très altéré.

La découverte de staphylocoque doré dans les phlyctènes qui parsement la plaque et dans le sang confirme le diagnostic.

4-Œdème malin de l'infection charbonneuse : le placard a un caractère moins inflammatoire, la lésion initiale se nécrose.

L'anamnèse retrouve surtout la notion de profession exposé.

5-Morue aigue : touche les sujets en contact les cheveux.

6-Œdème de Quicke : début explosif, œdème blanc et indolore



Fig8. Œdème de quike

7-Manifestation inflammatoire : accompagnant l'ostéomyélite secondaire a une sinusite frontale ou maxillaire.

B/ Erysipèle de membre inférieur : conduit a discuté surtout :

1-Phlébite surale : comporte habituellement par l'érythème et symptomatologie inflammatoire plus discret.



Fig9. Phlébite surale

2- Dermo hypodermite aigue inflammatoire :

qui compliquent l'insuffisance veineuse peuvent réaliser des placards érysipéloïde difficile à distinguer d'un érysipèle mais résiste aux ATB.

3- érysipeloïde du Rouget de Porc : survient après inoculation d'érysipelothrix rhusiopathie à la suite du contact avec des poissons, quoquillages et autres animaux infectés, l'érythème entoure le point d'inoculation siègent plus volontiers au niveau des doigts et réalise une plaque rouge violacée. Les signes généraux sont absents ou peu intenses, les réactions cutanées spécifiques permettent de confirmer le diagnostic.

6- Conduit à Tenir :

But de traitement :

- traiter l'infection.
- éradiquer la porte d'entrée.
- éviter les récurrences.

Les moyens thérapeutiques :

- les antibiotiques.
- les antipyrétiques.
- les anticoagulants.

Les indications :

Le malade atteint d'érysipèle doit être mise en repos au lit, jambes surélevés.

Le traitement comporte deux volets :

A / traitement général :

Les antibiotiques anti-streptocoques : doit être instituée dès le diagnostic clinique posé sans attendre les résultats des examens que l'on aura éventuellement pratiqués étant donné la sensibilité constante du strepto à la pénicilline en utilise de préférence la :

PENI G : par voie parentérale on début de traitement

Dose : 3 a 5MUI /J adulte en IM

100000UI/KG/J enfant en IM pour forme bénigne

Dans les formes sévères et chez les sujets débilites, on donnera la PEN G a raison de 10-15 MUI en perfusion IV

Retour à l'apyrexie, le relais peut être pris par antibiothérapie par voie orale type : **PEN V** a raison de ; A 2-4 MUI/J

E 1-2MUI/J

La durée totale du traitement doit être environ 2 semaines

En cas d'allergie aux β -lactamine on aura recours à un macrolide de type :

Erythromycine : A/ 2-3g/J

E / 50 mg/kg /J

Synergystine :A : 3 g/J

E : 50mg/kg/j

Certain conseillent un traitement anticoagulant en raison de la phlébite lors d'érysipèle des membres inférieure.

Le traitement anticoagulant est parfois mis en route car l'on hésite entre phlébite et l'érysipèle, On cas de véritable phlébite associer en aura recours à l'**HEPARINE** perfusion IV aux dose de 400-800 UI/KG/J

Dans le cas d'un traitement préventif : **calciparine** par voie sous cutané en 2 a 3injection a la dose de 0.1cc/10kg/j, le levé précoce et contention élastique.

B/ traitement local :

- Il se limite à des badigeons antiseptiques
- Traitement du port d'entre de l'infection
- Traitement des lésions eczémateuses des ulcérations chroniques
- Vaccination antitétanique doit être également contrôlée

C/ traitement des récurrences :

- traitement systématique de toutes les portes d'entrée possible sur le tégument
- traitement de l'insuffisance veineuse et /ou lymphatique
- correction éventuelle de surcharge pondérale
- en cas d'échec une pénicillothérapie permanente sous forme d'injection de 2-4 MUI d'oxycilline toutes les deux semaines.
- en fin on peut tenter une désensibilisation streptococcique si les tests entraînent la preuve d'allergie mais les résultats sont aléatoires.

7- Conclusion :

L'Erysipèle est devenue rare depuis l'antibiothérapie, connaît actuellement une nette recrudescence sous les aspects cliniques peu modifiés.

Cette affection est bénigne, évolution est simple et les complications sont exceptionnelles depuis l'antibiothérapie, toutefois les récurrences posant un grand problème thérapeutique.

PARTIE PRATIQUE

ETUDE STATISTIQUE

- ▣ Objectifs
- ▣ Matériels et méthodes
- ▣ Résultats
- ▣ Discussion
- ▣ Conclusion
- ▣ Références

A. Objectifs :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë, infectieuse non nécrosante, essentiellement streptococcique. Malgré le progrès d'hygiène, elle reste une infection fréquente, qui connaît actuellement un regain d'actualité avec l'augmentation de son incidence. Nous nous sommes proposés de mettre le point sur les spécificités de l'érysipèle à partir d'une étude rétrospective de 200 observations.

B. Matériels et méthodes :

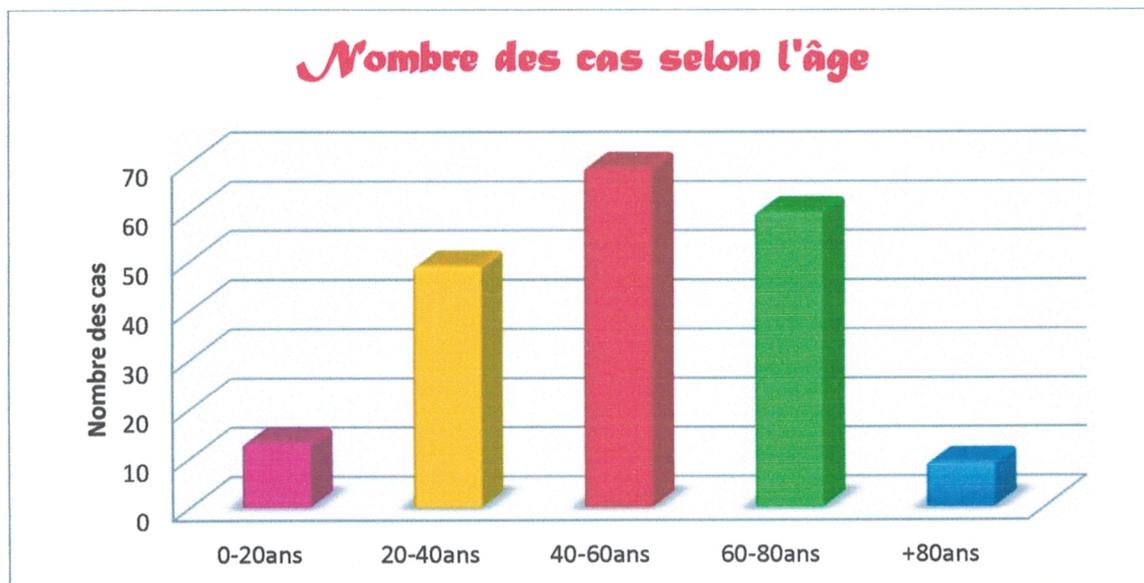
Nous avons réalisé une étude rétrospective de 200 dossiers de patients ayant été hospitalisés dans le service des maladies infectieuses, CHU Tlemcen, durant une période allant du 12 juin 1998 jusqu'au 31 octobre 2012. Les dossiers étaient colligés du codage des sortants du service, retirés de l'archive et revus avec étude des différents paramètres cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

C. Résultats :

1. Répartition selon l'âge :

Dans cette série d'étude, nous avons trouvé des patients à différents d'âge : adolescents, adultes jeunes, et sujets âgés.

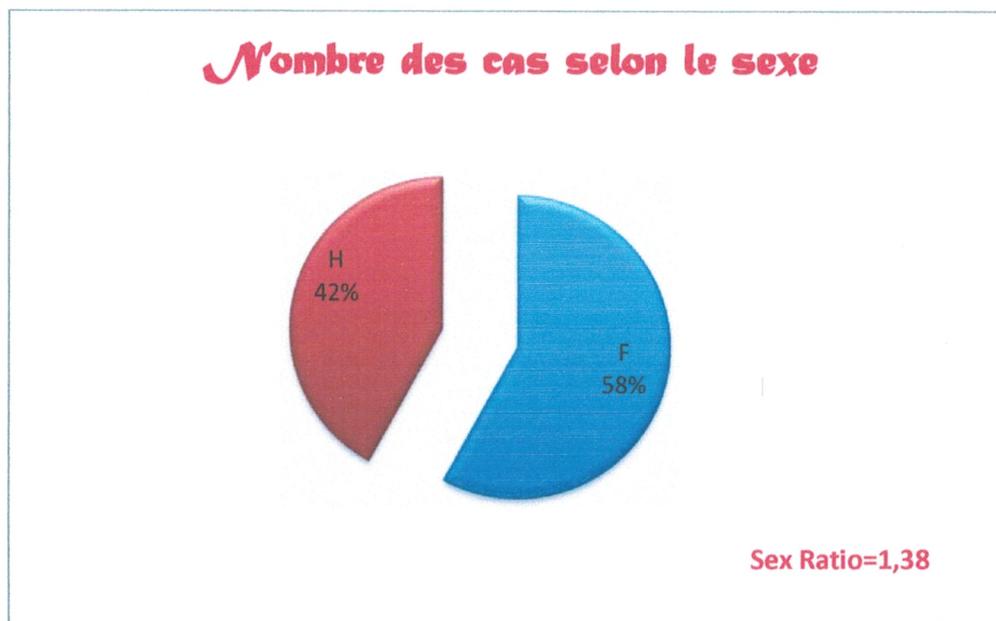
	0-20ans	20-40ans	40-60ans	60-80ans	>80ans
Nombre des cas	13	49	69	60	09



L'érysipèle atteint plus fréquemment le sujet adulte et le vieillard avec moyenne d'âge de $6264/200=31.32$.

2. Répartition selon le sexe :

cas	nombre	%
sexe		
femme	116	58
homme	84	42

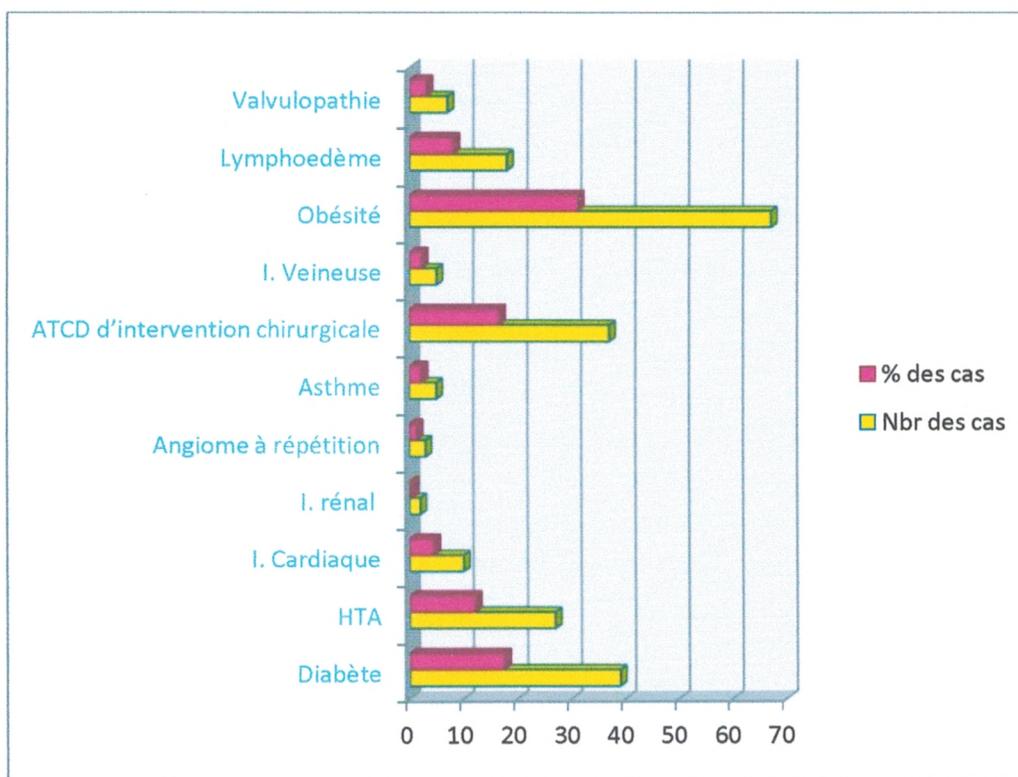


Prédominance féminine avec un sexe ratio à 1.38

3. Répartition selon les Facteurs de risque :

	Nombre	%
Diabète	39	17,55
HTA	27	12,15
I. Cardiaque	10	4,5
I. rénal	02	0,5

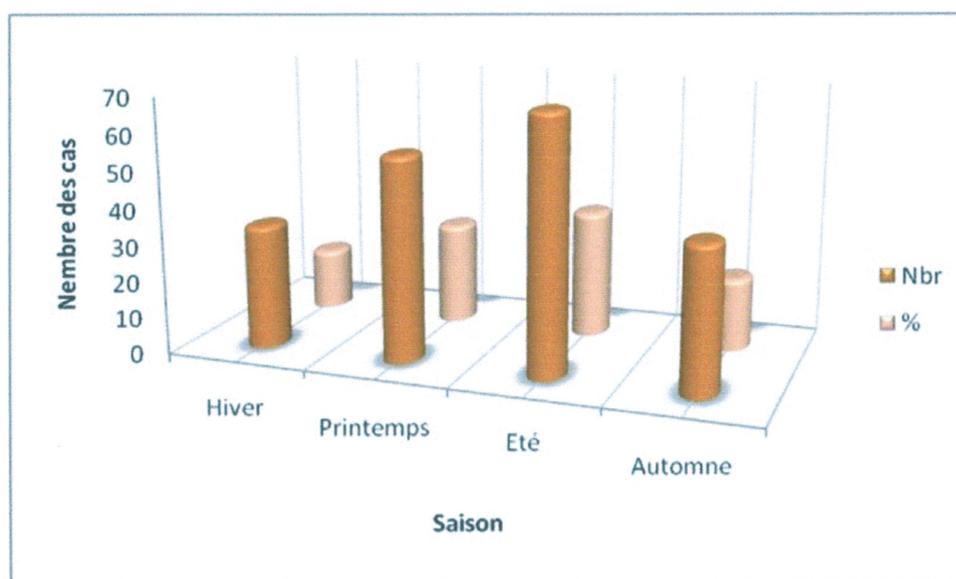
Angine à répétition	03	1,35
Asthme	05	2,25
ATCD d'intervention chirurgicale	37	16,65
I. Veineuse	05	2,25
Obésité	67	31,15
Lymphoedème	18	8,1
Valvulopathie	07	3,15



Les facteurs favorisants étaient dominés par l'obésité (31.15%) et le diabète (17.55%)

4. Répartition selon la période de survenue de la maladie :

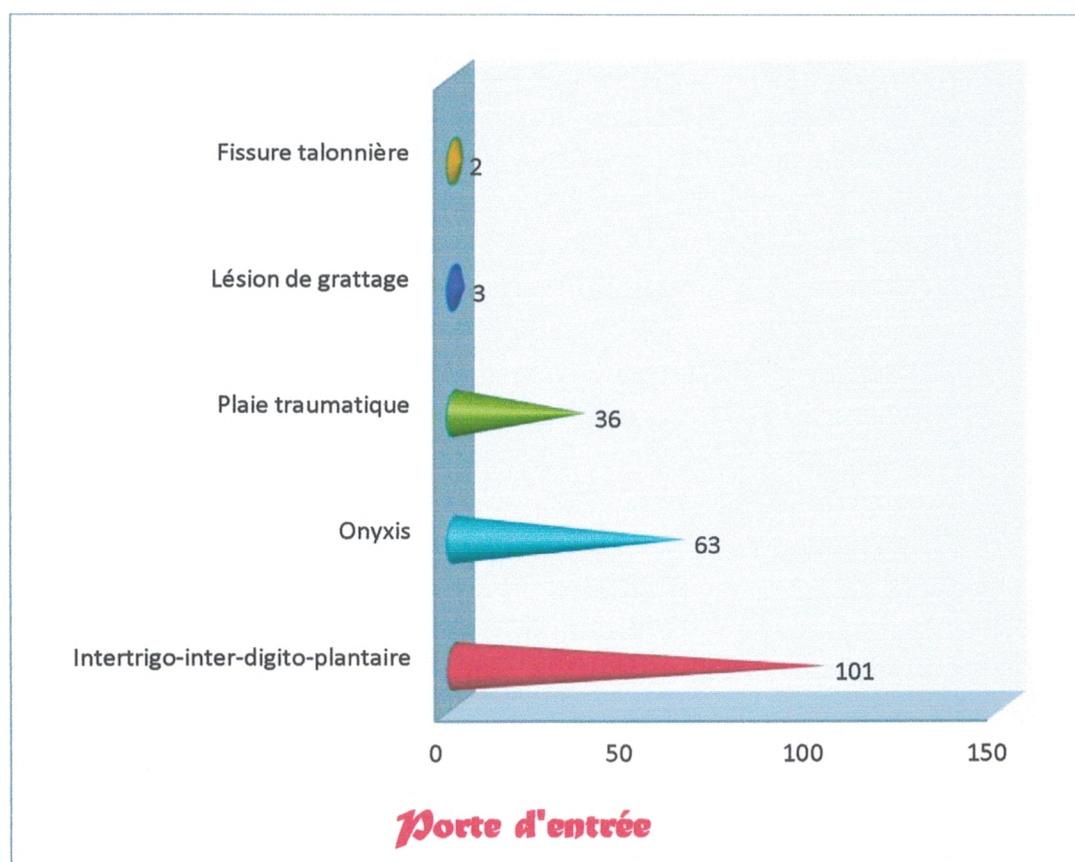
Saison	Nombre	%
Hiver	34	17
Printemps	56	28
Eté	70	35
Automne	40	20



La répartition saisonnière a montré une nette prédominance estivo-printanière (63%).

5. Répartition selon porte d'entrée :

	Nombre	%
Intertrigo-inter-digito-plantaire	101	50,5
Onyxis	63	31,5
Plaie traumatique	36	18
Lésion de grattage	03	1,5
Fissure talonnière	02	1

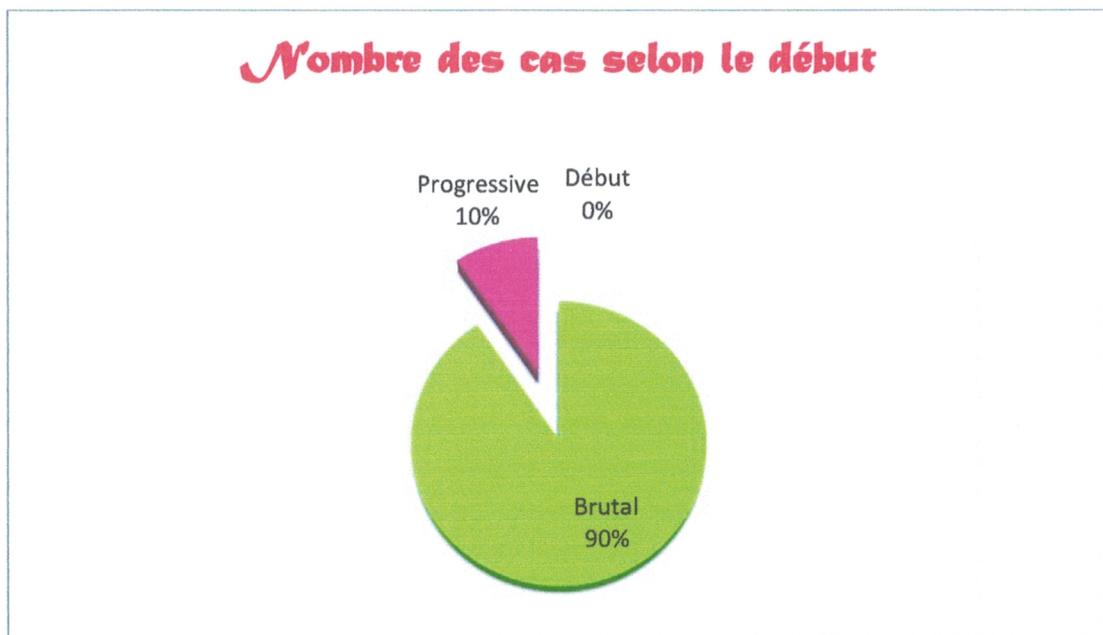


Dans plus de la moitié des cas, on note que l'intertrigo inter-orteils avec l'onyxis sont quasi constamment responsables de la pathologie, avec mauvaise hygiène des pieds.

6. Répartition selon l'examen clinique :

a. Début des symptômes :

Début	Brutal	Progressive
Nombre	181	19

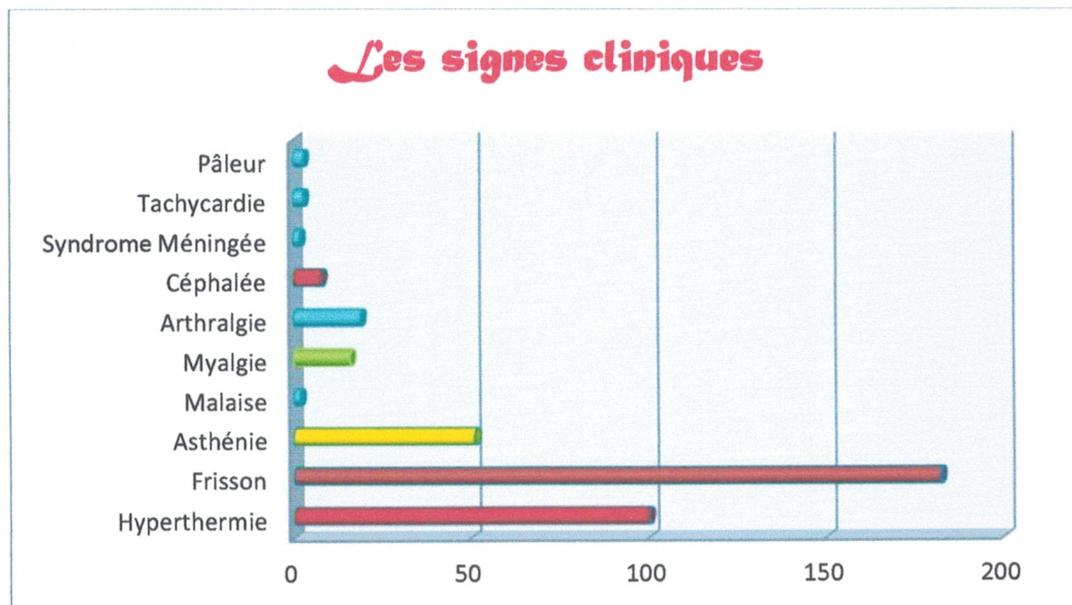


-le début de la symptomatologie est essentiellement brutal, en **24** heures, dans **90%** des cas.

-Il est rarement progressive, plus d'une semaine, dans **10%** des cas.

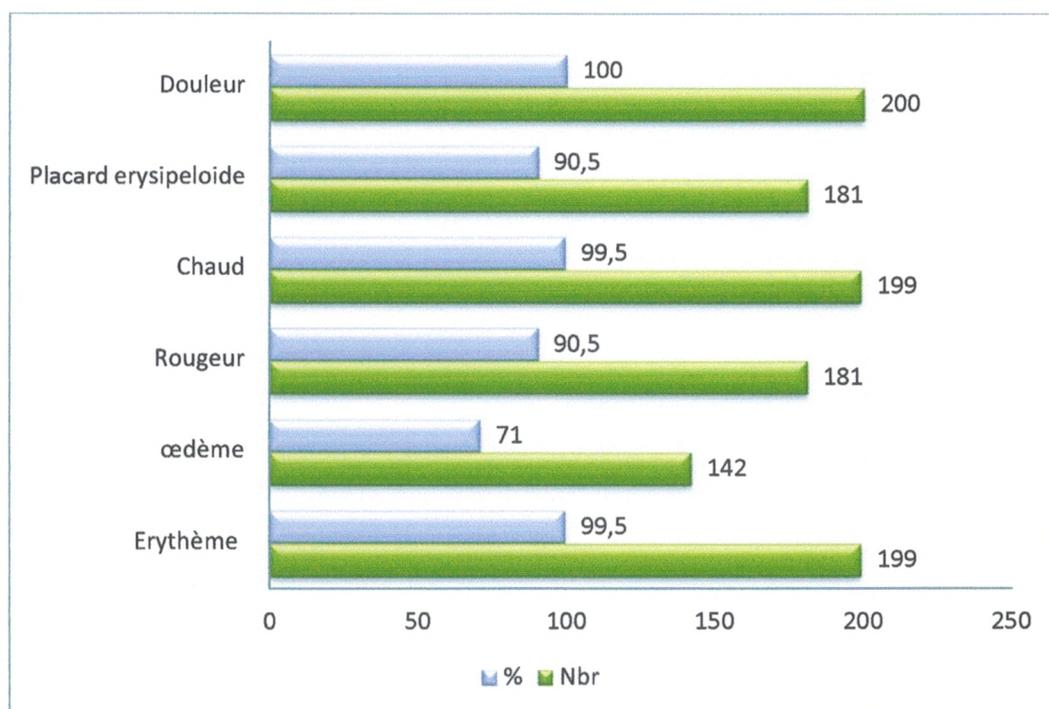
b. Signes fonctionnels :

Les signes cliniques	Nombre des cas
Hyperthermie	100
Frisson	182
Asthénie	51
Malaise	02
Myalgie	16
Arthralgie	19
Céphalée	08
Syndrome Méningée	02
Tachycardie	03
Pâleur	03



c. Signes physiques :

symptôme	Nombre	%
Erythème	199	99,5
œdème	142	71
Rougeur	181	90,5
Chaleur	199	99,5
Placard érysypelatoïde	181	90,5
Douleur	200	100

**Les signes physiques**

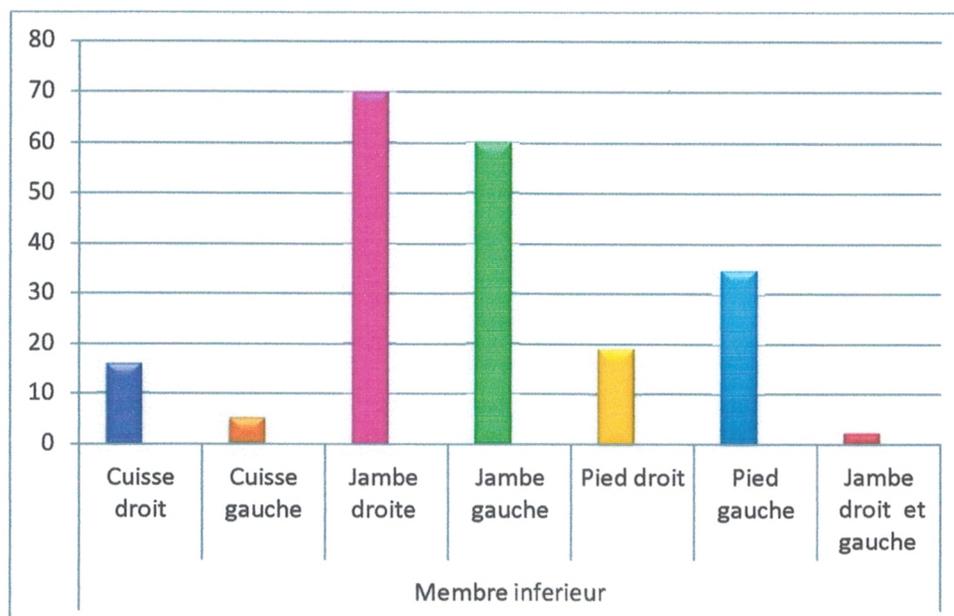
La forme typique de l'érysipèle soit un placard rouge chaud douloureux et œdémateux, est quasi constante.

7. Répartition selon le siège de l'érysipèle:

Siège	Nombre		%
Visage	03		1
Membre supérieur	00		0
Membre inférieur 99%	Cuisse droite	16	16
	Cuisse gauche	05	05
	Jambe droite	70	70
	Jambe gauche	60	60
	Pied droit	19	19
	Pied gauche	35	35
	Les 2 jambes	02	02



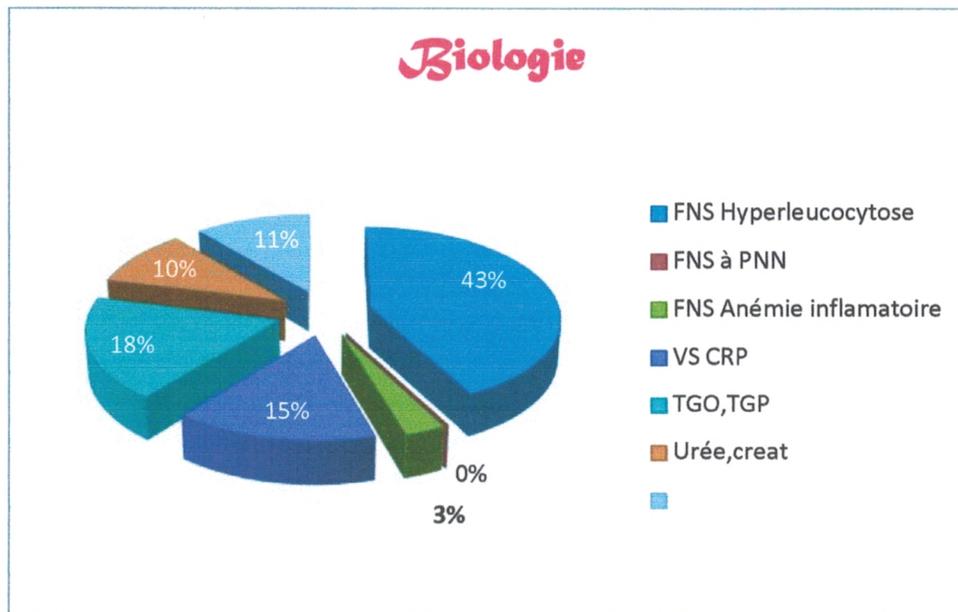
L'érysipèle touche plus fréquemment le membre inférieur (99%).



8. Répartition selon les examens paraclinique :

a. Biologie :

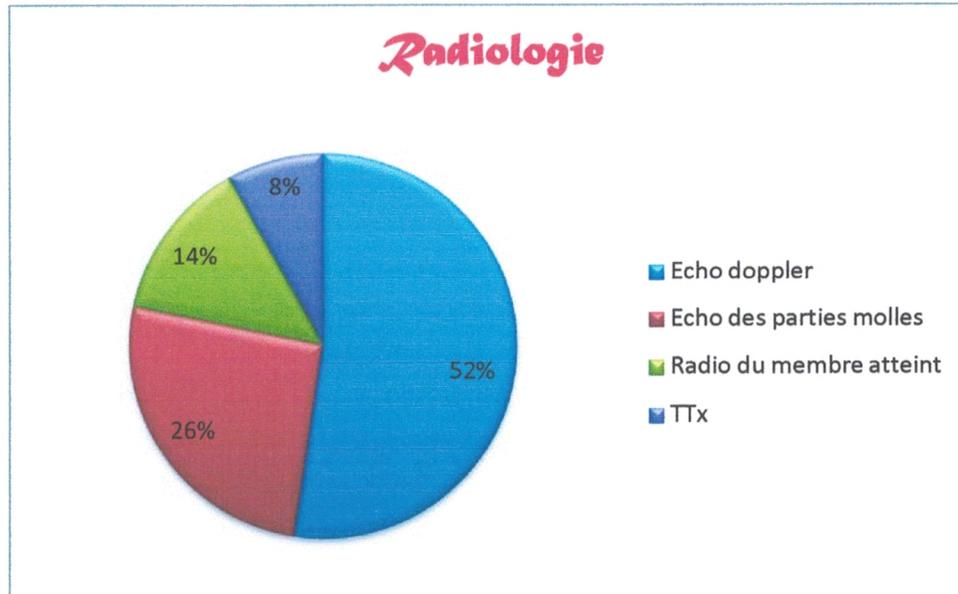
Bilan		%
FNS	Hyperleucocytose à PNN	42
	Anémie inflammatoire	03
VS		15
CRP		18
TGO, TGP		10
Urée, créatinine		11



L'érysipèle est une infection bactérienne dont l'hyperleucocytose à PNN représente 42% des cas dans notre série d'étude, en dehors des formes décapitées avec une CRP positive dans 18% des cas.

b. Radiologie :

	nombre	%
Echo doppler	65	52
Echo des parties molles	32	26
Radio du membre atteint	17	14
Radio du thorax	10	8



L'échographie doppler vasculaire des membres inférieurs est fréquemment réalisée afin d'affirmer une phlébite ou artérite, et l'échographie des parties molles n'est pratiquée que si l'évolution est défavorable.

9. Répartition selon le traitement et le séjour hospitalier :

A. Traitement :

1. Antibiothérapie :

-*Pénicilline G* : à action anti streptococcique :

20 MUI/J en perfusion lente jusqu'à l'obtention de l'apyrexie.

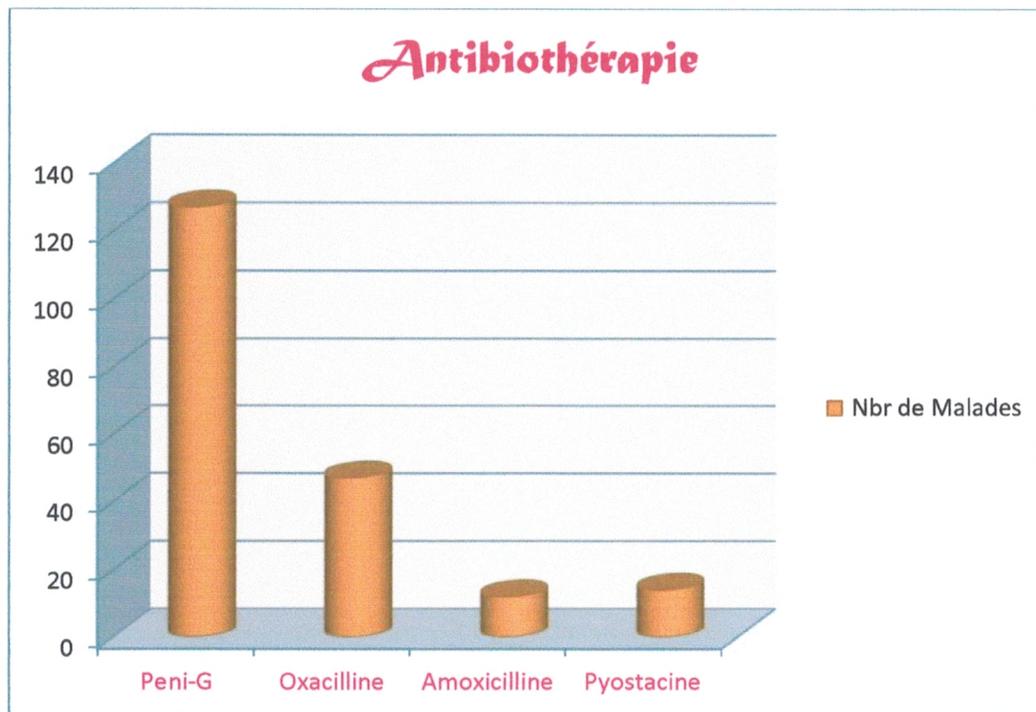
Ou *Amoxicilline* : 100 mg/kg/J en IVD

- *oxacilline* : a action anti staphylococcique :

100 mg/kg/J en IVD

Ou *Pristinamycine* : Adulte 03g/j, Enfant 50mg/kg/j en 2-3 prises.

ATB	Nombre	%
Pénicilline G	127	63.5
Oxacilline	47	23.5
Amoxicilline	12	6
Pyostacine	14	7



2. symptomatique :

-Lovenox : 0,4 ml s/c (anticoagulant à dose préventif) si alitement

-traitement de la porte d'entrée

B. La durée d'hospitalisation :

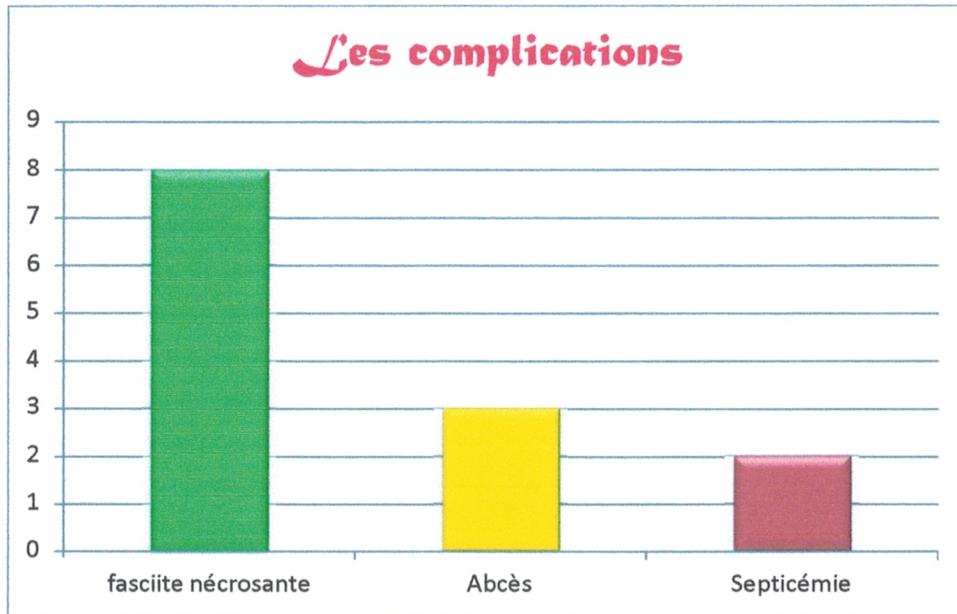
Séjour hospitalier	Nombre	%
Moins de 10 jours	18	9
10 jours	152	76
Plus de 10 jours	30	15



La durée moyenne d'hospitalisation est de 10 jours.

10. Répartition selon l'évolution :(favorable/défavorable)

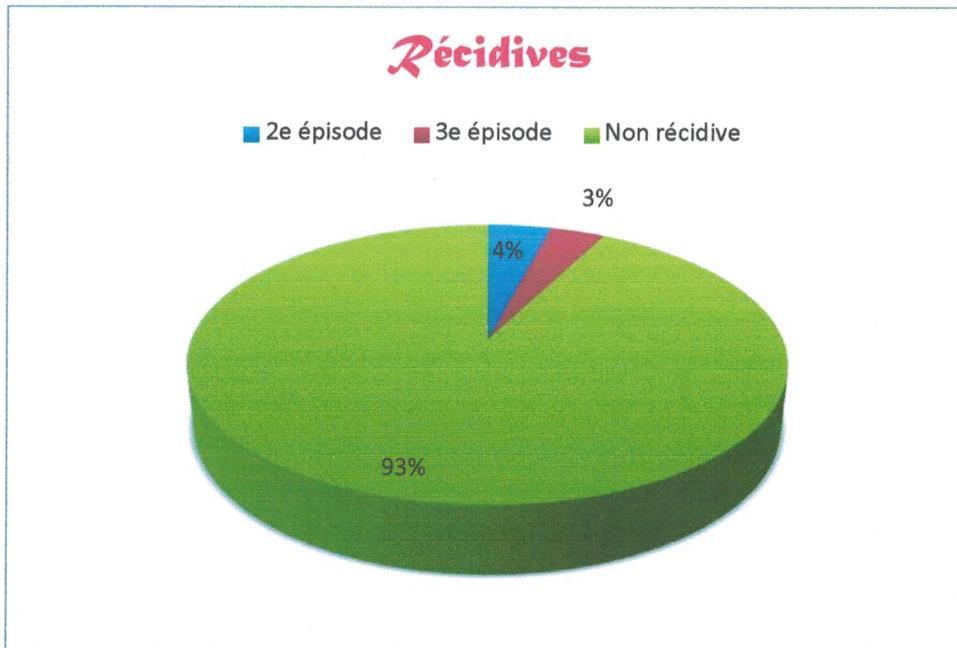
L'évolution	Nombre des cas	%
favorable	187	93
défavorable	13	7



La fasciite nécrosante représente la complication la plus fréquente (4%), qui nécessite un traitement chirurgical urgent.

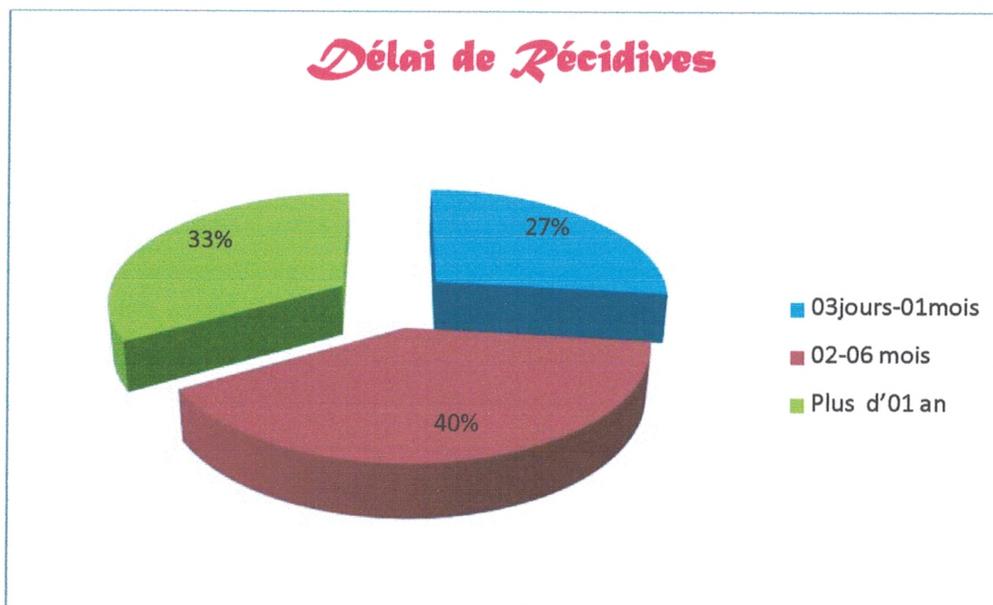
b. Récidives : le nombre des cas récidivants est de 15 cas.

Récidive	Nombre	%
2^e épisode	08	4
3^e épisode	07	3
1^e épisode	185	93



c. Délai de récurrences :

Délai	Nombre	%
03jours-01mois	04	27
02-06 mois	06	40
Plus d'01 an	05	33



Les récurrences représentent environ 7%, nécessitant :

- Avis dermatologique,
- recherche d'une tare sous-jacente
- Prévention d'autre récurrence :
 - | ATB : extencilline
 - | traitement du foyer streptococcique profonde ou cutané muqueux.
 - | traitement médical d'une insuffisance veineuse
 - | traitement symptomatique de porte d'entrée

D. Discussion :

Les hospitalisations de plus en plus fréquentes pour érysipèle de jambe observées dans notre service laissent présager un facteur favorisant particulier ; dans cette étude les facteurs de risque identifiés concernant l'obésité 31%, diabète 18%, les interventions chirurgicales 16%, HTA 12% sont presque équivalents des résultats marocains soit obésité 29%, diabète 15% au contraire en Tunisie, CHU F. Bourguiba, l'obésité représente 75% des cas diabète 36% et les interventions chirurgicales 58% ou on a trouvé que l'âge moyen de l'affection 52 ans, le Maroc 43 ans mais au CHU Tlemcen l'âge 65 ans touche fréquemment les femmes 58%, Maroc 51% au contraire la Tunisie ou les hommes sont les plus concernés 61%.

La période de survenue de l'érysipèle CHUT service des maladies infectieuses **estivo-printanière** par rapport au CHUF bourguiba et CHU Marrakech est **estivo-automnal**.

Concernant les portes d'entrées les plus fréquentes : l'intertrigo représente plus de 50% des cas au niveau des trois CHU, plaie traumatique déferre de 18% CHUT, 43% CHUF tunisie.

La prise en charge de l'érysipèle reste la même en trois pays, avec délai d'hospitalisation 10 +/- 2 jours.

Les récurrences sont fréquentes en Tunisie 28% mais en CHU 17% et CHUT 7,5%.

E. Conclusion :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë bactérienne à streptocoque β -hémolytique A qui se localise à la jambe dans plus de 99 % des cas selon l'étude.

C'est une maladie fréquente et le premier diagnostic à évoquer devant une grosse jambe rouge aiguë et fébrile.

La maladie s'observe chez l'adulte après 40 ans, avec un âge moyen de survenue vers 31.32 ans.

Il est principalement dans une période estivo-printanière.

L'atteinte des membres inférieurs est favorisée par l'insuffisance veineuse et (ou) lymphatique. Les facteurs favorisants sont locaux (lymphœdème, porte d'entrée intertrigo inter-orteil) et généraux (obésité).

La forme habituelle donne un tableau de « grosse jambe rouge aiguë fébrile » unilatérale.

Le début est brutal, par une fièvre élevée (39° à 40 °C) accompagnée de frissons, qui souvent précède de quelques heures l'apparition du placard cutané inflammatoire. C'est une plaque érythémateuse, œdémateuse, circonscrite et douloureuse à la palpation.

Un bourrelet périphérique marqué est rarement observé.

Des adénopathies inflammatoires homolatérales sont fréquemment associées.

Une porte d'entrée est décelable cliniquement dans plus de 1/2 des cas. Elle peut être minime (intertrigo inter-orteils, onyxis, lésion traumatique).

L'évolution est favorable en 8 à 10 jours sous traitement antibiotique dans plus de 80 % des cas.

L'apyrexie est obtenue en 48 à 72 heures ; elle signe l'efficacité du traitement.

Des complications locales surviennent dans 6,5% des cas, la fasciite nécrosante représente 4%, Les récurrences 7,5%.

F. Références :

-Conférence de l'érysipèle 2007, université Constantine, Algérie

-Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'érysipèle des membres inférieurs en Tunisie. Service des Maladies Infectieuses, Service de Médecine Communautaire. CHU F. Bourguiba, 5019 Monastir. M. CHAKROUN.

<http://www.atlas-dermato.org/stdv/congres/poster/p66.htm>

<http://www.em-consulte.com/article/203940/article/p215-les-erysipeles-des-membres-inferieurs-chez-le>

<http://www.em-consulte.com/article/674409/article/profils-epidemiologique-et-clinique-de-lerysipele->