

# **Erysipèles et Fasciites nécrosantes**

**Prof. Vincent P. PITCHE**

**Service de Dermatologie**

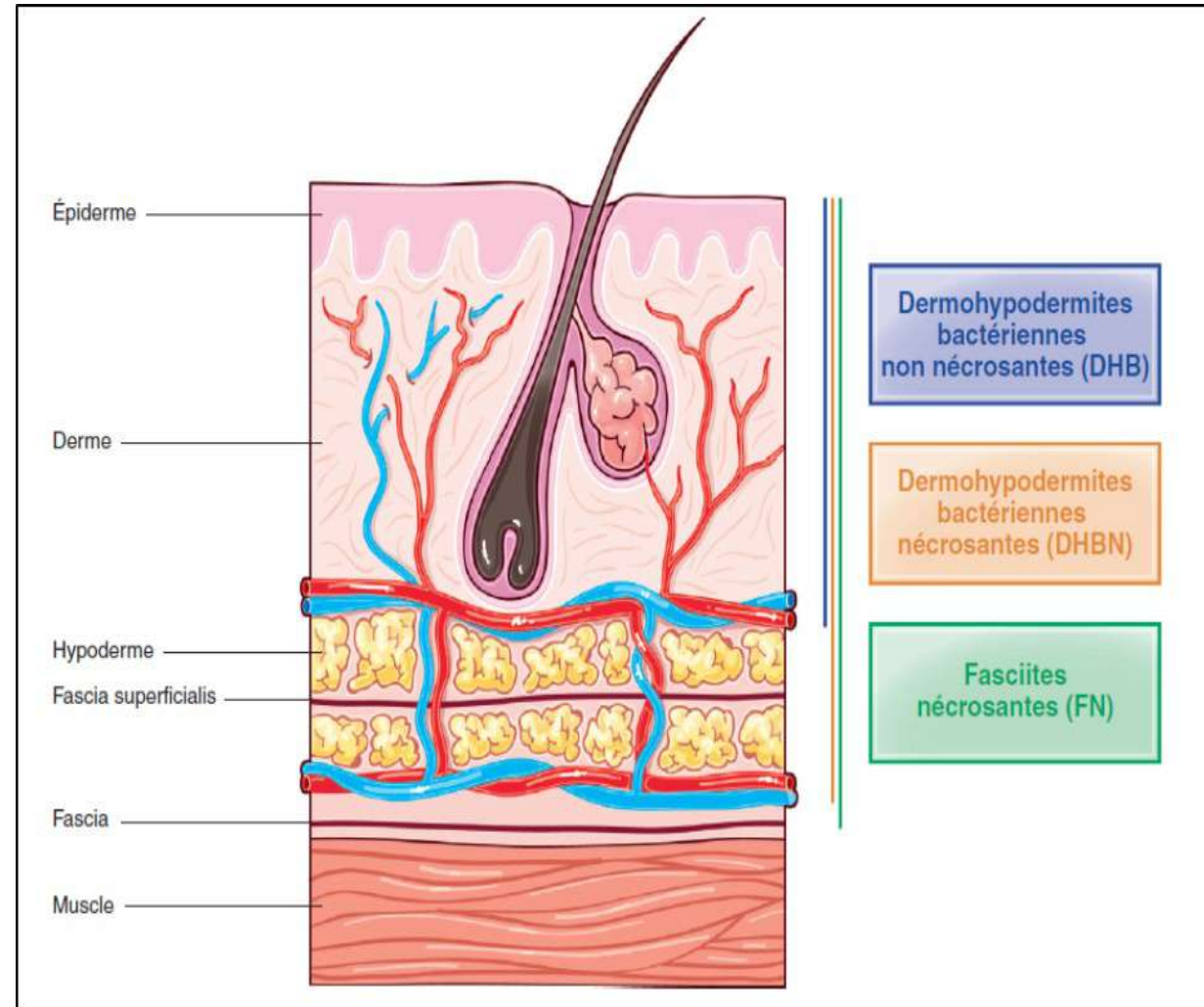
**CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé**

# Objectifs pédagogiques

- Décrire la différence anatopathologique entre un érysipèle et une fasciite
- Décrire les signes d'une grosse jambe aigue fébrile
- Eliminer deux diagnostics différentiels devant un érysipèle de jambe
- Reconnaître les signes de gravités devant une dermatohypodermite bactérienne
- Proposer un traitement adéquat d'un érysipèle et d'une fasciite de jambe

# Introduction

- Les érysipèles et fasciites sont parties du groupe des dermo-hypodermites infectieuses bactériennes.
- L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante alors que la fasciite est la forme nécrosante
- Ce sont des affections relativement fréquentes en consultation dermatologiques



*Fig.1 Structure de la peau montrant le niveau anatomique d'atteinte des deux affections (Dr MOUHARI)*

# 1. Erysipèle (1)

## 1.1 Diagnostic positif

La localisation de la jambe = forme clinique la plus fréquente++

**Cliniquement : c'est la classique jambe rouge aiguë fébrile**

*Phase d'invasion* : fièvre, frisson, céphalées (syndrome pseudogrippal)

*Phase d'état*: grosse jambe aiguë fébrile

*Examen physique* :

- Signes locaux: placard érythémateux, rouge vif associé à un œdème douloureux (sur peau noire le caractère rouge manque souvent et est remplacé par un placard sombre)
- Signe régional : Adénopathie inflammatoire homolatérale douloureuse à la palpation

# 1. Erysipèle (2)

**Il faut rechercher une porte d'entrée et des facteurs risques**

- Une porte d'entrée : intertrigo inter-orteils, ulcère, mal perforant plantaire, morsures animales
- Des facteurs de risques locaux : lymphœdème, dépigmentation cosmétique volontaire aux dermocorticoïdes
- Facteur de risque général : obésité

**Il faut se méfier ou redouter la survenue des complications :**

- Abscesses : fréquent en Afrique à cause du retard de consultations
- Les récurrences ou récidives pouvant aboutir à des éléphantiasis

# 1. Erysipèle (3)

**Les examens paracliniques sont peut contributives et non spécifiques pour le diagnostic positif**

- Hyperleucocytose avec neutrophilie
- Syndrome inflammatoire biologique (VS et CRP élevées)
- Hémoculture négative



*Fig.2 : Erysipèle du bras sur fond de dépigmentation  
(Pr DIENG)*



*Fig. 3: Grosse rouge aiguë classique (Pr DIENG)*



*Fig. 4 Erysipèle de jambe avec des bulles et  
abcès (Pr PITCHE)*



*Fig 4: Erysipèle avec grosse jambe œdémateuse luisante (Pr PITCHE)*



*Fig. 5: Début d'érysipèle avec une plaie comme porte d'entrée (Pr PITCHE)*



*Fig. 6 Erysipèle de jambe en voie de guérison avec desquamation en lambeau (Pr PITCHE)*



# 1. Erysipèle (4)

## 1.2: Diagnostic différentiel

Grossesse jambe aigue fébrile il faut éliminer :

**Une thrombophlébite** : dissociation température et pouls; présence de signe de Homans. Echodoppler confirme le diagnostic

**Lymphangite filarienne** en milieu tropical (signes généraux absents )

**Eczéma** : prurit, vésicules avec suintement

# 1. Erysipèle (5)

## 1.3 Diagnostic étiologique

**Age/sex** : il s'agit des adultes jeunes des deux sexes avec une nette prédominance des femmes en Afrique subsaharienne

**Germes en cause** : L'érysipèle = infection streptococcique  $\beta$ -hémolytique du groupe A, parfois groupe G

Mais le germe est rarement isolé en pratique courante.

# 1. Erysipèle (6)

## 1.3 Diagnostic étiologique

### **Facteurs de risque: particularités en Afrique subsaharienne**

En dehors des facteurs classiques, il faut rechercher la dépigmentation cosmétique volontaire aux dermocorticoïdes (facteur de risque élevé qui explique la note prédominance de l'érysipèle chez la femme par rapport à l'homme)

Les plaies traumatiques, les morsures constituent aussi une porte d'entrée fréquente par rapport aux intertrigos inter orteils

## 2. Fasciites nécrosantes (1)

Fasciite = dermohypodermite bactérienne nécrosante souvent plurimicrobienne.

*Elles constituent une urgence médico-chirurgicale*

### 2.1 Diagnostic positif

**Cliniquement** : *on observe majoritairement les localisations des membres inférieurs en dermatologie*

Début similaire comme l'érysipèle avec fièvre frissons et grosse jambe aiguë inflammatoire

**Mais on note rapidement l'apparition des signes de gravités locaux et généraux**

## **2. Fasciites nécrosantes (2):** Signes de gravité à rechercher systématique devant une dermohypodermite bactérienne

### **Signes de gravités locaux**

- Bulles hémorragiques
- Douleur très intense
- Nécrose
- Hypoesthésie
- Crépitation

### **Signes généraux**

- Fièvre élevée avec confusion
- Désorientation
- Tachycardie et tachypnée
- Hypotension
- Oligurie

**En présence de signes de gravités, il faut hospitaliser d'emblée le malade et envisager le plutôt possible une prise en charge médico-chirurgicale**

## 2. Fasciites nécrosantes (3): Particularités en Afrique subsaharienne

- Les retards de diagnostic
- Terrain d'immunodépression (VIH): fréquence des formes graves et étendues
- Utilisation fréquente de l'automédication ( herbes, talk ) qui peuvent masquer la détection des signes cutanés de gravité et retarder la consultation (parcours des malades non linéaires)



Fig 7: Fasciite nécrosante: bulle hémorragique sur fond dépigmentation (Pr DIENG)



Fig.8 : Fasciite nécrosante du pied: signes de nécroses (Pr YOBOUE, Dr KOUROUMA)



Fig. 9: Fasciite nécrosante du membre supérieur: signe de nécrose (Pr YOBOUE, Dr KOUROUMA)





Fig. 10: Fasciite nécrosante profonde:  
état après excision



Fig. 11: Fasciite nécrosante étendue du  
membre inférieur (Pr DIENG)



Fig 12. Fasciite nécrosante: aspect après excision (Pr YOBOUE, Dr KOUROUMA)

Fig 13. Fasciite nécrosante étendue du membre inférieur (Pr YOBOUE, Dr KOUROUMA)



Fig. 14 : Fasciite du pied (Pr YOBOUE, Dr KOUROMA)

## 2. Fasciites nécrosantes (4)

**Paraclinique (la réalisation de ces examens ne doit pas retarder la prise en charge des malades)**

- CRP: Syndrome inflammatoire biologique infectieux
- NFS: Hyperleucocytose et avec des neutrophiles
- Hémoculture souvent positive confirmant le tableau de sepsis
- Ecouvillonnage de la porte d'entrée à la recherche des germes
- Elévation des enzymes musculaires
- Créatinémie

# 2. Fasciites nécrosantes (5)

## 2.2 Diagnostic différentiel

### **Syndrome des loges**

- Douleur intense avec œdème musculaire
- Compression des fascias

### **Nécroses cutanées d'une ischémie artérielle aiguë**

- Pas d'érythème ni d'œdème

**Ulcère de Buruli** : nécrose cutanée avec bordures décollées; pas d'altération générale; pas de fièvre et de douleur locale

## 2. Fasciites nécrosantes (6)

### 2.3. Diagnostic étiologique

- ***Les germes*** sont plus diversifiées : streptocoque, staphylocoque, les grams négatifs, les anaérobies et autres germes plus rares. L'étiologie est rarement monomicrobienne et le plus souvent plurimicrobienne

- ***Facteurs de risque***

Terrains débilisés: diabète, immunodépressions, SIDA

Portes d'entrées : ulcères de jambe; morsures, intertrigos interorteils

# 3. Traitement (1)

## 3.1 Traitement de l'érysipèle

### Buts du traitement

- Traiter l'infection et éviter les récurrences

### Principes généraux

- Repos au lit la jambe malade surélevée
- Prescription d'antalgique à base de paracétamol (pas d'antiinflammatoires)
- Vaccination antitétanique ou rappel dudit vaccin si nécessaire
- Hospitalisation s'il y a signe de gravité ou l'impossibilité de prendre les médicaments par voie orale

# 3. Traitement(2)

## Conduite de traitement curatif

Les antibiotiques de base sont les beta-lactamines (Pénicilline G ou amoxicilline)

*Malade hospitalisé* : Péni G 10 à 20 millions d'UI par jour ou amoxicilline 50mg/kg/j jusqu'à l'obtention de l'apyrexie; puis relais par la voie orale

*Malade non hospitalisé* : amoxicilline 50mg/kg/j ( en trois prises).

Durée totale du traitement : 10 à 15 jours

# 3. Traitement (3)

## Conduite de traitement curatif

En cas d'allergie à la pénicilline, pristinamycine 3 à 4g par jour en trois prises ou macrolides.

## Traitement préventif

- Prise en charge correcte de la porte d'entrée et des facteurs de risque comme le poids; la dépigmentation volontaire et le lymphoedème
- *Erysipèle récurrent* : benzathine-pénicilline 2.4 millions IM toutes les 3 semaines ou amoxicilline 500mg à 1g par jour (durée du traitement non validée: 3 à 6 mois).

***Ce traitement réduit les récurrences mais son effet est suspensif et s'épuise à l'arrêt du médicament.***



# 3. Traitement (4)

## 3.1 Fasciite nécrosante

**Principes généraux :** Urgence médico-chirurgicale

- Hospitalisation urgente dans une unité spécialisée avec prise des mesures de réanimations (*surveillance de la conscience, oxygénothérapie, prise d'une voie veineuse, surveillance de la diurèse*)
- Excision de toutes les zones nécrosées
- Correction des troubles hypovolémiques et d'éventuels désordres métaboliques

# 3. Traitement (5)

## 3.1 Fasciite nécrosante

### Traitement curatif

- Il faut instaurer d'emblée une antibiothérapie probabiliste (*sans attendre l'isolement du germe et l'antibiogramme*) par voie IV associant céphalosporine et aminoside.
- On pourra ajouter du métronidazole à cette double antibiothérapie de suspicion de germes anaérobies

### Traitement préventif ou prophylactique

- Pansement des plaies, vaccination antitétanique si nécessaire
- Prise en charge des terrains (diabète, causes des immunodépressions)

# Conclusion

- Les érysipèles et les fasciites nécrosantes sont des dermohypodermes bactériennes en recrudescence en pratique dermatologique
- L'érysipèle est la plus fréquente de ces dermohypodermes dont les facteurs de risque sont les intertrigos interorteils, le lymphoedème, l'obésité et la dépigmentation cosmétique volontaire (*pratique fréquente en Afrique subsaharienne*). Les traitements par les amino-pénicillines sont constamment efficaces
- Les fasciites nécrosantes sont plus rares mais graves car elles mettent en jeu le pronostic vital. Elles constituent une urgence médico-chirurgicale

# Bibliographie

- Société Française de Dermatologie. Conférences de consensus. Erysipèle et fasciites nécrosantes: prise en charge. Texte court. *Ann Dermatol Vénérolog* 2001; 128: 458-62
- Cisse et al. Bacterial dermohypodermatitis. *Ann Dermatol Venerel* 2007; 134: 758-51
- Pitche et al. Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne. Etude cas-témoin. *Ann Dermatol Venereol* 2015; 142: 633-8
- Stevens DL et al. Necrotizing soft tissue infections. *NEJM* 2017; 377: 2253-65
- Thomas KS et al. Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. *NEJM* 2013; 368: 1695-703
- Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF). UE 11. Grosse jambe aiguë. *Ann Dermatol Veneréol* 2018; 145: S205-2010