DERMO-HYPODERMITES AIGUES NON NECROSANTES

Isabelle Alcaraz

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur

ialcaraz@ch-tourcoing.fr

DHBNN ou érysipèle?

Erysipèle :

•dénomination historique et francophone de la forme clinique commune des DHBNN à streptocoque de l'adulte

•Forme clinique la plus commune de dermo-hypodermite aiguë bactérienne non nécrosante (DHBNN) de l'adulte.

•Fréquence élevée des récidives

Epidémiologie des DHBNN

- Incidence difficile à apprécier car surtout ambulatoire
- estimée en France **stable** de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants
- Membre inférieur >>> membre sup, face
- Âge moyen: 60 -65 ans
- Pas de différence: ville / hôpital

- **Facteurs de risque:**
  - obésité
  - antécédent de DHBNN
  - oedème chronique de jambe ou lymphoedème
  - porte d'entrée : intertrigo, dermatose sous-jacente, etc.
  - Pour les DHBNN du membre sup: cancer du sein

Tableau 3. Facteurs de risque de DHBNN de jambe

Articles années auteurs	Nombre patients	Facteurs de risque identifiés	Nombre récurrences	Limites
Dupuy *et al.*, 1999 (44)	167 cas 294 contrôles	Lymphœdème OR 71,2 95 % CI [5,6-908] Insuffisance veineuse OR 2,9 95 % CI [1 -8,7] Porte d'entrée OR 23,8 95 % CI [10,7-52,5] Surpoids OR 2 95 % CI [1,1-3,7] Œdème de jambe OR 2,5 95 % CI [1,2 – 5,1]	38	Cas hospitalisés
Roujeau *et al.*, 2004 (45)	228 cas 439 contrôles	Mycose du pied (incluant intertrigo interorteil, atteinte plantaire et onychomycose) OR 2,4 95 % IC [1,9-4,2] Porte d'entrée OR 22 95 %CI [9,4-51,5] Œdème chronique jambe OR 4,5 95 % CI [1,3 – 15,6] Surpoids OR 2,8 95 % CI [1,6 -5] Antécédent érysipèle OR 24 95 % CI [7,1-81,2]	80	Cas hospitalisés

Articles années auteurs	Nombre patients	Facteurs de risque identifiés	Nombre récurrences	Limites
Bjornsdottir *et al.*, 2005 (46)	100 cas 200 contrôles	Antécédent d'érysipèle OR 21,08 95 %IC [4,36-108,93] Antécédent saphénectomie OR 10,56 95 % CI [1,77-62,86] Porte d'entrée OR 7,7 95 % CI [2,36-25,10] Obésité OR 2,96 95 % CI [0,94-9,26] Présence de Stah *aureus* ou Streptocoque β-hémolytique sur les orteils 05 69,6 95 % CI [9,61-504,86]	35	Cas hospitalisés Monocentrique Valeur du prélèvement bactériologique sur les orteils ?
Mokni *et al.*, 2006 (47)	114 cas 208 contrôles	Lymphœdème OR 19 95 % CI [1,1-331] Œdème jambe 0R 7 95 % CI [1,3-3,8] Porte entrée OR 13,- 95 % CI [6,3-31]	0	Cas hospitalisés
Karppelin *et al.*, 2010 (48)	90 cas 90 contrôles	Œdème chronique membre OR 11,5 95 % CI [1,2-114,4] Porte entrée OR 6,2 95 % CI [1,9-20,2] Obésité OR 5,2 95 % CI [1,3-20,9] Antécédent de Chirurgie + Obésité : plus fréquent chez récurrences (p=0,036 et 0,014 respectivement)	44	Monocentrique

Articles années auteurs	Nombre patients	Facteurs de risque identifiés	Nombre récurrences	Limites
Pitché *et al.*, 2015 (43)	364 patients 728 témoins Afrique sub saharienne	Obésité (OR=2,82 ; IC 95 % : 2,11–3,76) Lymphœdème (OR=3,87 ; IC 95 % : 2,17–6,89) la pratique **de la dépigmentation cosmétique volontaire (OR=4,29 ; IC 95 % : 2,35–7,83)**, L'existence d'une plaie traumatique négligée (OR=37,92 ; IC 95 % : 24,9–57,2) L'intertrigo inter-orteils (OR=37,86 ; IC 95 % : 22,27–64,5)	0	Multicentrique

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes HAS 2019

Microbiologie

Streptocoque ++++ mais rarement mis en évidence

- 58 à 73 % : streptocoque β-hémolytique du groupe A (SGA, *Streptococcus pyogenes*)
- 14 à 25 % du groupe G dans des cas
- < 10%: autres groupes (C, B).
- Staphylocoque retrouvé plus souvent mais pas forcément responsable de la DHBNN

Pathogénicité des streptocoques: facteurs d'adhésion, exo-enzymes, inactivation de peptides antimicrobiens, sécrétion de toxines super-antigéniques (choc toxinique)

Bidet P, Bonacorsi S. Facteurs de pathogénicité de Streptococcus pyogenes. Arch Pediatr 2014;21 (Suppl 2):S54-61

Infections invasives à strepto : incidence de 2,5/100 000 hab.en 2009 vs 1,5 en 2000

Diagnostic de DHBNN:

grosse jambe rouge aigüe fébrile unilatérale

- apparition brutale d'un placard inflammatoire de dermohypodermite
- bien circonscrit
- unilatéral
- accompagné ou précédé de fièvre et/ou de frissons
- Inconstamment: adénopathie régionale ou traînée de lymphangite (environ 20%?)

Bulles et purpura

- Possibles
- ne sont pas des facteurs de gravité (environ 15%)

Diagnostic de DHBNN

Le diagnostic est clinique

- ✓Hémoculture , rarement positive
- ✓Si bulles: +/- prélèvement d'une bulle

Intérêt des prélèvements uniquement si doute sur origine streptococcique

Diagnostic de DHBNN

Marquer **au feutre les contours**

Diagnostic de DHBNN

Chercher la **porte d'entrée** retrouvée dans 75 % des cas

- Intertrigo
- Fissure talon
- Plaie
- Piqûre
- Ulcère

Selon la topographie

Face: très rare, souvent un bourrelet périphérique

à distinguer de la staphylococcie Maligne de la face , exceptionnelle

- suite à la manipulation d'un furoncle
- Centro-faciale
- Placard mal limité
- Signes généraux +++

= urgence hospitalisation (thrombophlébite du sinus caverneux: céphalées, cordon veineux, exophtalmie, ophtalmoplégie, oedeme papilaire, baisse de l'AV)

Selon la topographie

Périnée, fesses OGE: souvent polymicrobiennes: strepto + autres bactéries

- favorisées par lymphœdème post chirurgical, intertrigo inguinal ….
- OGE: suite à rapports sexuels traumatisants, souvent strepto B

Risque: absence anatomique de structure permettant une délimitation naturelle

> gangrène de Fournier**: extension rapide , sepsis, gravité = fasciite nécrosante (DHBN)**

Selon le terrain

- **L'obésité** (IMC > 30) :risque de sous-dosage, plus de rechutes et de complications.
- **Immunodépression** : DHBNN Gram négatif (Escherichia coli), ou bactéries opportunistes.
- **Enfant**: association à la varicelle, **Staphylococcus aureus (SA)** en association au SGA

Selon la porte d'entrée

- **Morsure animale:** polymicrobien (5 en moyenne)
  - Streptocoques, SA, anaérobies, *Capnocytophaga canimorsus, Pasteurella canis, Pasteurella multocida …*
  - Délai d'apparition plus long que pour pasteurellose (qqs heures)

- **Morsure humaine :** SGA, SA, Eikenella corodens, anaérobies (*Fusobacterium, Peptostreptococcus, Prevotella…)*

Selon la porte d'entrée

- **Milieu aquatique:** polymicrobiennes
  - risque nécrotique, d'extension, gravité
  - *Vibrio vulnificus* (Tropiques), *Aeromonas hydrophila, Chromobacterium violaceum, Shewanella spp,* entérobactéries*, pseudomonas aeruginosa*

- **Professionnelle**:
  - *Erysipelothrix rhusiopathiae.* (poissons , viandes crus)
  - Jardiniers: pasteurellose *Pasteurella multocida* (piqûre de rosiers…)
  - Plaie opératoire ou voie veineuse (iatrogène ou toxicomanie): staph ++

Facteurs de risque de gravité

- ✓ âge
- ✓ Diabète
- ✓ Hyperleucocytose
- ✓ obésité
- ✓ Sexe masculin
- ✓ Insuffisance cardiaque , insuffisance rénale
- ✓ hypoalbuminémie

FASCITE NECROSANTE = URGENCE CHIRURGICALE

Signes de gravité

- signes généraux de sepsis (Score de qSOFA chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire > 22/minute et PAS < 100mmHg), ou de choc toxinique

- douleur particulièrement intense, discordante avec les signes locaux, impotence fonctionnelle

- signes locaux de gravité : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale

- extension rapide des signes locaux en quelques heures

- aggravation des signes locaux 24 à 48 heures après l'introduction de la première antibiothérapie, malgré un traitement adapté.

Diagnostic différentiel

- **Hypodermite de stase souvent bilatérale, apyrétique, avec poussées inflammatoires possibles**
- eczéma variqueux
- eczéma de contact
- ….

Complications

- Abcès
- Récidives
- **Lymphoedeme persistant +++**

- Décompensation des comorbidités, sepsis...

Prélèvements si:

- morsure animale ou humaine
- milieu aquatique
- zone tropicale
- liée aux soins (cathéters veineux périphériques) ou à une injection septique
- lésions suppuratives
- échec d’un traitement antibiotique présumé adapté
- sujet immunodéprimé
- signes de gravité locaux ou généraux (faisant craindre une DHBN)

Critères d’hospitalisation

- signes de gravité locaux ou généraux
- risque de **décompensation :**immunodépression, diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque à partir du stade III NYHA, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique…
- obésité morbide (IMC > 40) ;
- **impossibilité** de traitement ou de surveillance médicale **à domicile**, risque de non-observance thérapeutique, personne en état de précarité, impossibilité de prendre un traitement par voie orale
- sujet âgé > 75 ans et polypathologique avec risque de mauvaise réponse au traitement
- **âge inférieur à 1 an.**

Critères d’hospitalisation secondaire

- apparition de signes de gravité locaux ou généraux

- évolution défavorable dans les 24 à 48 heures suivant l’instauration du traitement antibiotique

  - fièvre persistante, douleur
  - extension du placard inflammatoire...

Traitement antibiotique: 7 jours

Chez l'adulte:

Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en 3 prises (max 6 g/j) p os ou IV relais p os

Allergie à la pénicilline :
Pristinamycine (1 g x 3 /jour)
ou Clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg)

- La régression complète des signes cutanés est souvent retardée +/- 3 semaines
- Pas d'antibiothérapie locale, mais **LAVER EAU SAVON**
- !!! Résistance croissante des strepto à la Clinda 20à 30%)

Situations particulières

- **Diabète**
  - Idem
  - Atypique, sur mal perforant, staph? **Amox-Acide clavulanique**
    si plus sévère ou échec: **Linézolide 600 mg X 2 (maxi 14 j)**

- **Echec** : Linézolide

- **Morsure**: **amoxicilline** (maxi: 6g/j) **acide clavulanique** (maxi: 375 mg/j)

- **Formes sévères** avec BG +**BG-**

➢ Place de la TAZOCILLINE® pipéracilline/tazobactam ? > cf DHBN …

Traitement antibiotique: 7 jours

Chez l'enfant:

Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises (max 3 g/j)

Allergie :
- Clindamycine : 40 mg/kg/jour en trois prises (enfants > 6 ans),

- Ou Sulfaméthoxazole-triméthoprime : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans).

Peut-on associer un traitement anti-inflammatoire?

- AINS: non
- Corticoïdes en prise chronique: maintenus idem
- Aspirine à doses anti-agrégante: maintenu idem

Mesures d’accompagnement

- **Repos avec surélévation du membre jusqu’à disparition des signes**
- **Port d’une contention veineuse pendant au moisn 3 semaines dès la pose du pied à terre**
- Mise à jour vaccinale antitétanique
- Prophylaxie anti-thrombotique non systématique à discuter en fonction du contexte
- **Traitement des portes d’entrée (intertrigo,plaie, fissures plantaires, dyshidrose …**
- Pec de l’obésité

Antibioprophylaxie

Si facteurs de risque non contrôlables

Effet suspensif uniquement

Durée selon le contexte

- ✓ benzyl-pénicilline G retard 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines ;
- ✓ pénicilline V (phénoxyméthylpénicilline) PO 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en deux prises ;
- ✓ azithromycine (250 mg/jour) si allergie à la pénicilline (hors AMM).

Formes graves d'impétigo **Enfant**	**Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/jour** **Céfadroxil : 100 mg/kg/jour** **À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques**	*Josamycine : 50 mg/kg/jour*	7 jours
Adulte	**Céfalexine per os : 2 à 4 g/jour** **À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques**		

Furoncle compliqué	**Clindamycine :** 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg **Pristinamycine :** 1 g x 3 /jour	*Idem*	5 jours

	/jour		
Abcès cutanés	**Clindamycine per os/IV : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg** **Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour** **Oxacilline ou cloxacil-line IV : 6 à 12 g/jour** **Céfazoline IV : 3 à 6 g/jour**	*Idem (sauf oxacilline/cloxacilline et céfazoline)*	5 jours