

L'IMAGE DU MOIS

Ecthyma de l'adulte révélateur d'un diabète

L. THIRION (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2, 3), G.E. PIÉRARD (4)



Fig. 1 : Ecthyma de la jambe.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Un homme âgé de 27 ans, sans antécédents médicaux particuliers, a consulté en dermatologie pour des lésions bilatérales des jambes évoluant depuis 2 semaines, s'étendant et se multipliant progressivement. Il s'agissait de macules au centre croûteux noirâtre entouré d'un halo inflammatoire (Fig. 1). Le détachement de la croûte laissait apparaître la base sanieuse jaunâtre d'une ulcération superficielle (Fig. 2). La possibilité d'une vasculite nécrosante ou d'un ecthyma a été évoquée. Une biopsie n'a révélé aucun signe de vasculite. L'épiderme était en revanche détruit et remplacé par une croûte épaisse infiltrée de nombreux polynucléaires neutrophiles. Il s'agissait donc d'un ecthyma, forme particulièrement sévère d'impétigo. Un bilan étiologique a révélé un diabète méconnu. Une insulinothérapie a été instaurée. Des mesures d'hygiène renforcée des mains ont été mises en œuvre. Le patient a assuré la désincrustation des lésions et a appliqué de la polyvidone iodée (Iso-Betadine® gel, Viatris) à raison de 2 applications quotidiennes pendant 2 semaines.

La guérison a été obtenue au prix de cicatrices superficielles, souples et modérément hyper-



Fig. 2 : Lésion d'ecthyma dont la croûte est soulevée, montrant une base sanieuse.

chromatiques. La fonction rénale, testée 3 semaines plus tard, n'a révélé aucune anomalie.

COMMENTAIRES

Alors qu'il est le plus souvent primitif chez l'enfant, l'impétigo de l'adulte témoigne en général de la surinfection d'une dermatose sous-jacente. Il s'agit donc d'une impétiginisation à proprement parler. Le staphylocoque doré, et plus rarement le streptocoque, en sont responsables. La couleur jaunâtre mellicérique de la croûte est un indice diagnostique important.

L'impétiginisation complique les plaies traumatiques et surtout les dermatoses prurigineuses entraînant des lésions de grattage. La gale est en première ligne. L'aphorisme «tout impétigo de l'adulte est une gale jusqu'à preuve du contraire» reste d'actualité. Parmi les autres dermatoses pouvant s'impétiginiser, il faut retenir l'eczéma de contact suintant, la dyshidrose, la dermatite atopique, la pédiculose du cuir chevelu, certaines viroses (herpès, zona, varicelle) et les miliaires sudorales.

L'ecthyma est une forme sévère d'impétigo creusant le derme. Il réalise une ulcération nécrosante recouverte d'une épaisse croûte noirâtre, entourée d'un halo inflammatoire. Il est habituellement localisé aux membres inférieurs et touche des sujets à risque. Il peut s'agir de sujets à l'hygiène déficiente. Il atteint aussi les diabétiques (1), les dénutris alcooliques et les immunodéprimés (2). Les conditions géoclimatiques (3) font que cette maladie est plus fré-

(1) Assistant clinique, (2) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (4) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, Liège.

(3) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.

quente en région tropicale où elle peut servir de porte d'entrée à d'autres germes pathogènes (4). Une ulcération chronique par «synergie micro-bienne» s'observe dans les ulcères tropicaux. La guérison est lente, laissant des cicatrices atrophiques et dyschromiques.

Le traitement doit très souvent combiner une approche topique et systémique, afin d'éviter les récurrences précoces et la persistance de gîtes muqueux pouvant être à l'origine d'une nouvelle dissémination bactérienne. La désincrustation est nécessaire car les croûtes épaisses constituent de véritables repaires de germes en grande partie inaccessibles à l'activité des topiques anti-infectieux et des antibiotiques oraux.

Les antibiotiques topiques sont à déconseiller, car ils sont pourvoyeurs de résistances bactériennes (5, 6). Une étude récente a montré que la polyvidone iodée topique était aussi efficace que l'acide fusidique (6).

RÉFÉRENCES

1. Flagothier C, Quatresooz P, Bourguignon R, et al.— Stigmates cutanés du diabète. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 553-559.
2. Quatresooz P, Piérard GE.— Quand le transplanté change aussi de peau...*Dermatol Actual*, sous presse.
3. Piérard-Franchimont C, Piérard S, Piérard GE.— Impact du stress géoclimatique sur la peau. *Dermatol Actual*, sous presse.
4. Piérard-Franchimont C, Brun LVC, Goffin V, Piérard GE.— Dermatoses bactériennes tropicales. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 572-576.
5. Del Giudice P, Dellamonica P.— Antibiotiques : bénéfices individuels parfois, risques collectifs toujours ! *Ann Dermatol Vénereol*, 2003, **130**, 709-712.
6. Henry F, Thirion L, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Les antibiotiques topiques en Europe : résistances insulaires et indifférence continentale ? *Dermatol Actual*, 2005, **92**, 4-10.