

COMMENT JE PRÉVIENS...

un érysipèle, ses conséquences et ses récives

F. HENRY (1, 2), M.D. SALOMON-NEIRA (3), B. LETOT (4), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (5, 6), G.E.PIÉRARD (7)

RÉSUMÉ : L'érysipèle est une infection grave de la peau. En cas de retard d'instauration d'un traitement antibiotique adéquat, des complications, parfois redoutables, peuvent s'installer. Par ailleurs, l'érysipèle présente une tendance à la récive. La prévention d'un épisode d'érysipèle fait appel à une hygiène corporelle correcte et à un bon usage des antiseptiques topiques en cas d'effraction cutanée, même minime. Lorsque l'érysipèle est établi, un traitement antibiotique instauré rapidement et pendant une période indiquée évite la complication de type gangrène streptococcique. Des mesures de contention élastique de tout œdème veineux ou lymphatique des jambes et l'antiseptie prophylactique des petites plaies aident à la prévention des récives d'érysipèle.

L'érysipèle est une dermatose infectieuse grave causée par un streptocoque (fig. 1). Cette infection atteint souvent les membres, plus rarement le visage, et se manifeste sous la forme d'un placard érythémato-oedémateux, chaud et douloureux. Des bulles, pustules et lésions purpuriques peuvent se développer secondairement (1-3). Les complications locales à type d'abcès ou de nécrose cutanée ont un caractère limité. Leur survenue entre le 8^{ème} et le 10^{ème} jour d'évolution d'un érysipèle négligé permet d'écarter le diagnostic de gangrène infectieuse. Une détermination limitée, voire un débridement chirurgical sont utiles dans ces cas.

Des complications générales précoces sont possibles, surtout si la prise en charge thérapeu-

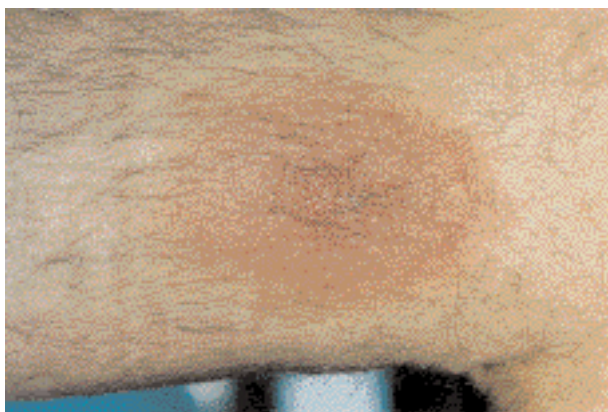


Fig. 1a. Erysipèle : lésion cutanée érythémato-vésiculeuse

(1). Assistant de Recherche, (4) Collaborateur, (5) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (7) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU Sart Tilman et Sauvenière, Service de Dermatopathologie, Liège (2) Dermatologue, (6) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy (3) Dermatologue, Hôpital Nacional Cayetano Heredia, Département des Maladies infectieuses et dermatologiques, Lima, Pérou

HOW I PREVENT ERYSIPELAS AND ITS CONSEQUENCES AND RECURRENCES.

SUMMARY : Erysipelas is a serious infection of the skin. In case of delay in initiating adequate antibiotic treatment, complications, sometimes dismal, can supervene. In addition, erysipelas shows a tendency to recurrences. The prevention of an episode of erysipelas calls for correct personal hygiene and adequate use of topical antiseptics in case of skin effraction, even when minimal. When erysipelas is established, a rapidly initiated antibiotic treatment for a prolonged period prevents streptococcal gangrene complications. Elastic contention of any leg edema from venous or lymphatic origin and prophylactic antiseptics of discrete wounds help in preventing erysipelas recurrences.

KEYWORDS : Antibiotics - Erysipelas - Prevention.

tique a été déficiente. Des prélèvements bactériologiques par ponction-aspiration sont indispensables, car d'autres germes peuvent être associés au streptocoque (4, 5).

Malgré l'état inflammatoire favorisant et l'alitement lié à l'infection, rare est la survenue d'une thrombophlébite compliquant un érysipèle de la jambe. Elle doit cependant être sus-



Fig. 1b. Erysipèle : adénopathie

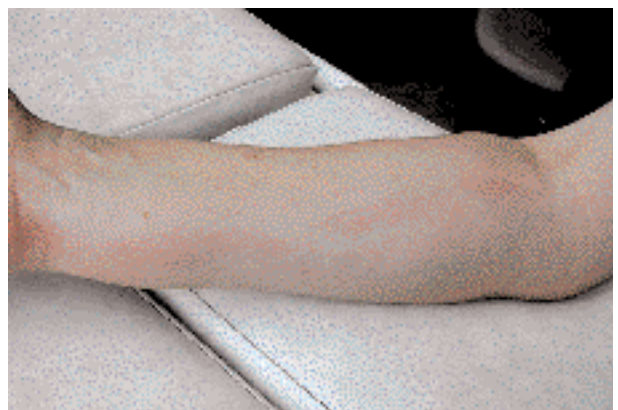


Fig. 1c. Erysipèle : lymphangite

pectée devant la persistance d'un œdème dur malgré un traitement adapté. Un examen par écho-doppler est utile.

La fasciite microbienne ou nécrosante encore appelée gangrène ou cellulite streptococcique survient avec prédilection aux membres. Elle peut atteindre des sujets immunocompétents après une effraction cutanée minime. Elle semble favorisée par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Le tableau initial est celui d'une dermo-hypodermite aiguë ressemblant le premier jour à celui d'un érysipèle (6, 7). La profonde altération de l'état général, l'extension inéluctable des lésions malgré un traitement antibiotique précoce sont très évocatrices de la gangrène streptococcique (8). L'extension des zones violacées s'accompagne de l'apparition de plages nécrotiques, cartonnées ou grisâtres. La mise en place d'une stratégie médico-chirurgicale impliquant des ponctions-aspirations multiples et une réanimation doit être instaurée sans aucun délai (9, 10). Le débridement large chirurgical découvre des nécroses sous-cutanées s'étendant le long des fascias, toujours plus extensives que le suggère l'aspect clinique. Seule la chirurgie précoce peut améliorer le pronostic qui, malgré tout, reste sombre et non amélioré par l'antibiothérapie moderne.

Les complications générales de l'érysipèle peuvent être la survenue d'une toxidermie aux β -lactamines, d'une glomérulonéphrite post-streptococcique et, surtout, la décompensation d'une maladie sous-jacente, cette dernière étant responsable des rares décès consécutifs aux érysipèles (11).

La seule complication retardée est la récurrence de l'érysipèle. Près d'un quart des érysipèles sont en fait des récurrences intéressant presque exclusivement les jambes. Les facteurs prédisposant aux récurrences sont principalement l'œdème qui s'aggrave au fur et à mesure des poussées ainsi que l'absence ou l'insuffisance d'un traitement du ou des érysipèles précédents. Les récurrences peuvent être multiples, mais au fur et à mesure de leur survenue, la symptomatologie se fait plus discrète, abâtardie avec apyrexie dans la moitié des cas et signes locaux moins inflammatoires.

PRÉVENTION DE L'ÉRYSIPELE

Le streptocoque doit trouver une porte d'entrée pour engendrer un érysipèle. Une petite plaie traumatique, voire même une minime effraction cutanée passée quasiment inaperçue peuvent suffire. Un intertrigo interdigital plantaire d'origine mycosique peut ainsi livrer le

passage au streptocoque (12-14). Un ulcère veineux ou une escarre sont également une zone propice pour initier un érysipèle. Sur le plan général, un excès pondéral, une atteinte vasculaire périphérique (artérielle ou veineuse) et un œdème chronique constituent un terrain favorable à la survenue d'un érysipèle. Ainsi une saphénectomie, une lymphadénectomie ou encore une radiothérapie représentent des situations à risque.

La prévention de l'érysipèle repose essentiellement sur une bonne hygiène corporelle. Un nettoyage consciencieux des plaies et leur désinfection sont primordiaux. Etant donné le problème de résistance et de réactions allergiques lors de l'utilisation locale d'antibiotiques, les antiseptiques leur sont dans beaucoup de cas préférables pour l'application locale. Les principaux effets indésirables de certains antiseptiques sont leur action irritante sur la peau et les muqueuses, et l'hypersensibilisation qu'ils peuvent provoquer. Compte tenu de ces limitations, un choix judicieux peut se porter sur la povidone iodée (Iso-Betadine®, Viatris) qui est très efficace dans cette indication. Elle ne provoque pas d'irritation. Les diverses formulations en savon germicide, en solution dermique, en gel ou en tulle sont à utiliser seules ou en combinaison selon les besoins cliniques. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la guérison de l'effraction cutanée.

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS IMMÉDIATES

Alors que l'antisepsie est primordiale dans la prophylaxie de l'érysipèle, l'antibiothérapie orale devient impérative une fois cette dermatose installée (15, 16). La pénicilline en monothérapie est le traitement de référence en première intention et en l'absence de contre-indication. Des formes aiguës avec signes locaux, souvent impressionnants, justifient l'hospitalisation et le recours classiquement à la pénicilline G par voie intraveineuse jusqu'à l'apyrexie et l'amélioration nette des signes locaux (5 à 6 jours). La dose moyenne est de 12 millions d'unités par jour, répartis en 4 millions d'unités à trois reprises. Le relais peut être pris par la voie orale sous forme de pénicilline V pendant les 10 jours suivants. La durée totale du traitement pour un premier érysipèle ne doit pas être inférieure à 15 jours. Un autre choix peut se porter sur l'amoxicilline par voie intraveineuse ou par voie orale, à la dose de 2 à 3 g par jour, pendant 15 jours. En cas d'allergie à la pénicilline, on prescrit un macrolide ou une synergistine par voie orale pendant 15 jours. Les

anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués (17).

Un traitement par un agent anticoagulant est préconisé en cas d'association prouvée à une phlébite. La prescription au cours des érysipèles de jambe d'une héparine de bas poids moléculaire à une dose préventive est licite en cas d'alitement prolongé, de trouble du retour veineux ou d'antécédents de phlébite et ce, en l'absence de contre-indication (18).

Les autres mesures à prendre pour contrôler les complications de la maladie requièrent la vérification de la vaccination antitétanique. Des soins locaux antiseptiques doivent être consciencieusement appliqués en cas de phlyctènes qui risquent de se rompre et de se surinfecter. La surveillance de la réponse au traitement est impérative et justifie l'hospitalisation si le traitement et le suivi ambulatoire paraissent difficiles.

Traité correctement, l'érysipèle est d'évolution favorable avec apyrexie au 2^e jour de traitement tandis que l'amélioration des signes locaux est un peu retardée vers le 3^e ou 4^e jour avec desquamation, pigmentation cutanée et persistance plus ou moins longue d'un œdème.

PRÉVENTION DES RÉCIDIVES

En tout premier lieu, il faut rechercher et éradiquer une porte d'entrée, même minime. La prophylaxie antiseptique est identique à celle décrite plus haut. Il faut aussi prévenir et réduire tout œdème séquellaire par le port d'une contention élastique. Une première récurrence justifie un traitement curatif prolongé pendant un mois. En cas de récurrences multiples, l'antibiothérapie prophylactique par la pénicilline orale, l'érythromycine orale ou la benzathine pénicilline intramusculaire (2,4 millions d'unités toutes les 3 semaines) a un résultat significatif pendant la période de prescription seulement.

L'intérêt, le coût et l'astreinte d'un tel traitement à long terme, voire à vie, sont à envisager de manière critique et individualisée pour chaque patient et les indications d'une antibiothérapie prophylactique sont donc à sélectionner et à réserver aux cas à risques élevés de récurrence.

RÉFÉRENCES

- Goffin V, Hermanns-lê T, Piérard-Franchimont C, et al.— Comment j'explore...une grosse jambe rouge. *Rev Med Liège*, sous presse.
- Grosshans E.— Classification anatomoclinique, terminologie. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 307-311.
- Guberman D, Gilead LT, Zlotogorski A, et al.— Bullous erysipelas : a retrospective study of 26 patients. *J Am Acad Dermatol* 1999, **41**, 733-737.
- Denis F, Martin C, Ploy MC.— L'érysipèle : données microbiologiques et pathogéniques. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 317-325.
- Chartier CH, Grosshans E.— Erysipelas : an update. *Int J Dermatol*, 1996, **35**, 779-781.
- Roujeau JC.— Dermohypodermes nécrosantes : critères cliniques et facteurs de risque. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 376-381.
- Vaillant L.— Critères diagnostiques de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 326-333.
- Bouvet A.— Dermo-hypodermes nécrosantes : données microbiologiques et pathogéniques. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 382-389.
- Chosidow O.— Critères diagnostiques et indications chirurgicales des formes subaiguës de cellulites et fasciites nécrosantes. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 390-393.
- Pavlovic M, Lebreton C, Granier F, et al.— Dermohypodermes bactériennes. Formes frontières entre formes médicales et chirurgicales (3 cas). *Ann Dermatol Venereol* 2002, **129**, 1286-1290.
- Crickx B.— Erysipèle : évolution médicale sous traitement. Complications. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 358-362.
- Dupuy A.— Epidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 312-316.
- Roldan YB, Mata-Essayag S, Hartung C.—Erysipelas and tinea pedis. *Mycoses* 2000, **43**, 181-183.
- Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, et al.— Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis) : case control study. *Br Med J* 1999, **318**, 1591-1594.
- Bonnetblanc JM, Bedane C.— Erysipelas : recognition and management. *Am J Clin Dermatol*, 2003, **4**, 157-163.
- Lucht F.— Quelle prise en charge pour l'érysipèle ? Traitement antibiotique : molécules, voies d'administration. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 345-347.
- Jaussaud R, Kaeppler E, Strady C, et al.— Existe-t-il une place pour les AINS/corticoïdes dans la prise en charge de l'érysipèle ? *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 348-351.
- Perrot JL, Perrot S, Laporte Simitsidis S.— Existe-t-il une place pour les anticoagulants dans le traitement de l'érysipèle ? *Ann Dermatol Venereol*, 2001, **128**, 352-357.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège.