

# LES FORMES GRAVES DE L'ERYSIPELE

## SEVERE FORMS OF ERYSIPELAS

M. Mseddi, H. Cheikhrouhou, F. Frigui, A. Masmoudi, S. Marrekchi,  
Y. Elloumi, S. Bouassida, H. Turki

*Service de Dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE*

### CORRESPONDANCE :

Docteur MSEDDE Madiha

Service de Dermatologie CHU H.Chaker 3029 Sfax TUNISIE

Tel : 216 98 24 15 48 - 216 74 24 64 56

Fax : 216 74 24 26 27

Email: [madliha.mseddi@laposte.net](mailto:madliha.mseddi@laposte.net)

### Résumé

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë localisée d'origine bactérienne essentiellement streptococcique.

Le but de notre travail était de préciser la fréquence, la présentation clinique et l'évolution des formes graves de l'érysipèle à travers l'étude prospective de 29 cas d'érysipèle. Des critères de gravité étaient définis au préalable selon les signes locaux, la sévérité du tableau général et du terrain.

Des formes graves étaient notées chez 6 malades (20%) d'âge moyen de 60 ans. Les signes de gravité étaient locaux dans 5 cas et généraux dans un cas. Le délai d'apyrexie était de 1 à 6 jours (moyenne de 2 jours). La durée d'hospitalisation variait de 6 à 23 jours (moyenne de 12,5 jours).

La gravité de l'érysipèle est le plus souvent déterminée par des critères locaux. L'âge avancé et le terrain sont aussi des facteurs de risque des formes graves d'érysipèle. Dans ces formes, le délai d'apyrexie est prolongé et les signes locaux tardent à s'améliorer. Des complications locales et générales sont possibles. La mortalité des formes graves d'érysipèle est importante surtout en rapport avec la comorbidité. La fréquence des récurrences incite à l'éradication et la prévention des facteurs de risque locorégionaux (porte d'entrée, œdème).

**Mots Clés :** érysipèle, facteurs de risque, gravité, complications, traitement.

### Summary

Erysipelas is a bacterial dermohypodermatitis caused by streptococci. We aimed to determine the frequency, the clinical profile and the evolution of severe forms of erysipelas.

Among 29 patients followed in the department of dermatology between June and December 2002, 6 patients (20 %) presented with severe forms of erysipelas. The determinants of erysipelas severity were local in 5 cases and general in one case. Apyrexia was reached after 1 to 6 days (mean=2 days). Hospitalization varied between 6 to 23 days (mean=12, 5 days). The treatment of portal of entry was associated in all cases.

Local and general risk factors (advanced age, debilitating diseases) determine the severity of erysipelas. In the severe forms, time to reach apyrexia is increased and improvement of local symptoms is delayed. Local and general complications could be observed. The mortality of these severe forms of erysipelas is 0,5 % due to associated diseases. Many predisposing factors, account for the frequency of recurrence, justify implement of primary and secondary prevention (portal of entry, oedema).

**Key Words :** erysipelas, risk factors, severity, complications, treatment.

## INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë localisée d'origine bactérienne essentiellement streptococcique. Il est caractérisé par l'installation brutale, dans un contexte de fièvre et de frissons, d'un placard érythémateux, douloureux, infiltré et chaud avec une participation lymphatique.

Si un fort pourcentage de patients peut être traité par une antibiothérapie par voie orale avec une bonne évolution clinique, certains patients présentent des formes graves qui nécessitent une hospitalisation et un traitement prolongé [9].

Le but de notre étude était de préciser les particularités des formes graves de l'érysipèle.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 29 cas d'érysipèle colligés au service de Dermatologie du CHU H. Chaker de Sfax sur une période de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> Juin 2002 au 31 Décembre 2002. Selon une revue de la littérature, la gravité de l'érysipèle, définie au préalable, dépend des signes locaux (bulles, purpura, nécrose, étendue du placard, localisation céphalique), de la sévérité du tableau général (fièvre, altération de l'état général, confusion) et du terrain (âge supérieur à 60 ans, comorbidité : diabète, alcoolisme, obésité, affection cardiovasculaire) [2].

Dans cette étude, nous avons opté à préciser la fréquence, la présentation clinique et l'évolution sous traitement des formes jugées graves d'érysipèle.

## RESULTATS

Il s'agissait de 29 malades répartis en 15 hommes et 14 femmes. L'âge variait de 24 à 88 ans avec une moyenne de 53,5 ans. L'érysipèle siégeait au niveau d'un membre inférieur dans 28 cas et supérieur dans un seul cas. Des formes graves, selon les critères pré-établis, étaient notées chez 6 malades (20%) dont 4 femmes et 2 hommes ayant un âge moyen de 60 ans avec des extrêmes de 40 et 78 ans.

Il s'agissait d'un premier épisode dans 5 cas et d'une première récurrence dans un seul cas. Deux de nos 6 malades étaient diabétiques.

Le délai de consultation était de 3 à 15 jours avec une moyenne de 6,5 jours. A l'admission, une fièvre chiffrée à plus de 38°C était présente chez 4 malades. Une porte d'entrée était notée dans tous les cas. Les signes de gravité étaient locaux dans 5 cas (purpura, abcédation, nécrose, bulles) (fig. 1&2) et généraux dans un cas (décompensation d'un diabète).



**Figure 1 : Forme grave d'érysipèle de jambe**



**Figure 2 : Erysipèle de jambe (décollement bulleux)**

Le bilan biologique à l'admission notait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans 3 cas et une élévation de la vitesse de sédimentation dans tous les cas.

Le traitement était basé sur la pénicilline G (5 millions d'unités par voie intraveineuse, 4 fois/j) dans deux cas, amoxicilline - acide clavulanique (3g/j par voie intraveineuse) dans deux cas et pristinaquine (2g/j par voie orale)

chez deux malades allergiques à la pénicilline. Un traitement de la porte d'entrée était associé dans tous les cas.

Le délai d'apyrexie était de 1 à 6 jours (moyenne de 2 jours). La régression des signes inflammatoires locaux était notée dans un délai de 2 à 10 jours (moyenne de 5,5 jours). La durée d'hospitalisation variait de 6 à 23 jours (moyenne de 12,5 jours).

## COMMENTAIRES

L'érysipèle est une infection bactérienne cutanée aigüe essentiellement due au *Streptococcus pyogenes*, il correspond à une dermohypodermite localisée inflammatoire. Les facteurs de risque de l'érysipèle sont multiples représentés essentiellement par l'existence d'une porte d'entrée, un lymphoedème, des oedèmes des membres inférieurs, une insuffisance veineuse et un surpoids [1, 4, 7]. En raison de son risque attribuable élevé, l'intertrigo inter-orteil présente une bonne cible pour la prévention secondaire [8]. Les facteurs de gravité de l'érysipèle ne sont pas bien définis et varient selon les différentes séries de la littérature [8]. La gravité de l'érysipèle est le plus souvent déterminée par l'existence de signes locaux évocateurs (bulles, purpura, nécrose, étendue du placard cutané, localisation céphalique, douleur spontanée intense, oedème induré, absence de lymphangite, hypoesthésie cutanée, crépitation, déficit musculaire, odeur putride des exsudats), d'un tableau général sévère (altération de l'état général, fièvre, confusion, tachycardie, polypnée, oligurie), d'un terrain fragile (âge supérieur à 60 ans, comorbidité : diabète, hypertension artérielle, obésité, alcoolisme, affection cardiovasculaire) et de quelques facteurs favorisants (immunosuppression, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens) [2, 6, 8]. Le diabète sucré et l'âge avancé semblent être les principaux facteurs de gravité de l'érysipèle [9]. La durée d'hospitalisation et le délai d'apyrexie sont prolongés dans les formes graves d'érysipèle. En effet, Guberman [5] note une durée d'hospitalisation moyenne de 21 jours chez 26 patients présentant un érysipèle compliqué de bulles, comparé à durée moyenne de 11 jours chez 472 patients présentant un érysipèle non bulleux. Les

patients ayant un érysipèle bulleux avaient un âge avancé et 6 parmi eux étaient diabétiques. Ces résultats concordent avec ceux de notre étude selon lesquels, l'âge avancé constitue le principal déterminant de la gravité de l'érysipèle, le diabète sucré était noté chez un de nos malades. Dans les formes graves d'érysipèle, les signes locaux tardent à s'améliorer (4 à 6 jours dans les formes habituelles) [2, 3]. L'érysipèle hémorragique est une entité récemment individualisée avec en plus, des lésions bulleuses étendues et rebelles aux thérapeutiques antibiotiques par voie parentérale dans un contexte de douleur et d'altération de l'état général. Sa distinction avec une fasciite nécrosante est parfois difficile [10]. Une corticothérapie, de 5 à 8 jours, adjuvante à l'antibiothérapie était efficace dans certains nombre de cas mais elle reste contestée par certains auteurs [10, 11]. Des complications locales et générales sont possibles au cours de l'érysipèle de la jambe : abcès et / ou nécrose justifiant un geste chirurgical, phlébites profondes, décompensation diabétique ou cardiaque, insuffisance rénale. L'érysipèle se complique d'insuffisance cardiaque et/ ou rénale volontiers chez les sujets âgés. Ces complications sont observées essentiellement dans les formes graves d'érysipèle et sont à l'origine d'une hospitalisation prolongée voire le décès [9]. L'hyperleucocytose importante peut être un indicateur de la sévérité, d'autant plus que l'âge est avancé et qu'il existe un diabète sucré associé [9].

La mortalité dans les formes graves d'érysipèle est de 0,5% surtout en rapport avec la comorbidité [3]. La fréquence des récurrences (17% à 25%) incite à l'éradication et la prévention des facteurs de risque locorégionaux (porte d'entrée, oedème) [3, 12].

## CONCLUSION

La présentation clinique initiale ne semble pas être déterminante de la gravité de l'érysipèle, cette dernière pourrait être plus évidente devant un retard d'amélioration des signes locaux et un délai d'apyrexie prolongé. L'âge avancé et le terrain sont certes des facteurs de risque. L'apparition de complications, plus fréquentes dans les formes graves, est un facteur supplémentaire de gravité.

## Références

1. Amal S, Houass S, Laissaoui K, Moufid K, Trabelsi M: Erysipèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech (100 observations). *Med Mal Infect* 2004; 34(4): 171-6.
2. Bernard P: Critères d'hospitalisation initiale et secondaire. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128(3 Pt 2): 363-7.
3. Crickx B: Érysipèle : évolution médicale sous traitement. Complications. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128(3 Pt 2): 358-62.
4. Dupuy A: Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128(3 Pt 2): 312-6.
5. Guberman D, Gilead LT, Zlotogorski A, Schamroth J: Bullous erysipelas: A retrospective study of 26 patients. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(5 Pt 1): 733-7.
6. Lazzarini L, Conti E, Tositti G, de Lalla F: Erysipelas and cellulitis: clinical and microbiological spectrum in an Italian tertiary care hospital. *J Infect* 2005; 51(5): 383-9.
7. Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, et al.: Risk factors for erysipelas of the leg in Tunisia: a multicenter case-control study. *Dermatology* 2006; 212(2): 108-12.
8. Musette P, Benichou J, Noblesse I, et al.: Determinants of severity for superficial cellulitis (erysipelas) of the leg: a retrospective study. *Eur J Intern Med* 2004; 15(7): 446-450.
9. Vaillant L: Critères diagnostiques de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128(3 Pt 2): 326-33.
10. Estines O, Coste N, Perceau G, Becker S, Leberruyer PY, Bernard P: [Haemorrhagic cellulitis: three cases]. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130(5): 523-6.
11. Legoupil D, Kupfer-Bessaguet I, Le Brun K, Saraux A, Plantin P: [Hemorrhagic erysipelas of the lower limbs: 5 cases.]. *Ann Dermatol Venereol* 2004; 131(8-9): 833.
12. Zaraa I, Zeglaoui F, Zouari B, Ezzine N, Fazaa B, Kamoun MR: [Erysipelas. Retrospective study of 647 patients]. *Tunis Med* 2004; 82(11): 990-5.