

Grosse jambe rouge aiguë IC-350

- Connaître la définition de la grosse jambe rouge aiguë
- Connaître les principales étiologies de la grosse jambe rouge aiguë
- Connaître la principale cause de grosse jambe rouge aiguë fébrile
- Connaître les autres étiologies de grosse jambe rouge aiguë
- Connaître la pertinence des examens complémentaires (de l'érysipèle) dans un contexte de grosse jambe rouge (selon les caractéristiques cliniques et l'orientation diagnostique)
- Photographie d'un érysipèle de jambe typique
- Connaître l'algorithme diagnostique
- Connaître l'attitude et la prise en charge clinique dans les situations d'urgence
- Savoir évoquer le diagnostic d'une fasciite nécrosante

Connaître la définition de la grosse jambe rouge aiguë OIC-350-01-A

Présence d'un **placard érythémateux** douloureux, œdémateux, bien limité, parfois extensif, généralement unilatéral.

Connaître les principales étiologies de la grosse jambe rouge aiguë OIC-350-02-A

Les principales causes de grosse jambe rouge sont :

- en termes de prévalence : **l'érysipèle** avec une incidence de 2/1000 par an chez l'adulte aux USA, la **lipodermatosclérose** sur insuffisance veineuse et l'eczéma.
- en termes d'urgence et de gravité : la **fasciite nécrosante**.

Connaître la principale cause de grosse jambe rouge aiguë fébrile OIC-350-03-A

- Érysipèle :

C'est une dermo-hypodermite aiguë bactérienne à streptocoque, *streptococcus pyogenes* majoritairement (rarement bêta hémolytique B, C et G) qui se localise à la jambe dans plus de 80 % des cas. Ces bactéries sont sensibles à la pénicilline à 100 %.

Maladie fréquente qui survient chez l'adulte après 40 ans (pic de fréquence 60 ans). L'atteinte des membres inférieurs est favorisée par l'insuffisance veineuse et/ou lymphatique.

Facteurs favorisants locaux : insuffisance veineuse, porte d'entrée type intertrigo, plaie, grattage, ulcère

Facteurs favorisants généraux : obésité, immunodépression, maladies cutanées préexistantes (eczéma, psoriasis...)

- Forme habituelle :

Tableau de jambe rouge aiguë fébrile unilatérale. Le début est brutal avec une fièvre élevée (39-40°C) accompagnée de frissons, qui peut précéder de quelques heures l'apparition du placard inflammatoire.

La lésion se présente sous la forme d'une plaque érythémateuse, œdémateuse, circonscrite et douloureuse spontanément et à la palpation.

Des adénopathies inflammatoires homolatérales sont fréquemment associées. Il peut exister des lésions bulleuses ou purpuriques limitées qui n'ont pas de signification défavorable.

Une porte d'entrée est décelable dans 1/3 des cas : intertrigo ou fissure inter-digitoplaire préférentiellement des 3^e et 4^e espaces interorteils, piqûre, érosion traumatique, ulcère.

L'évolution est favorable en 8 à 10 jours sous traitement antibiotique dans la plupart des cas.

L'apyrexie obtenue en 48 à 72 heures signe l'efficacité du traitement. L'amélioration des signes locaux est plus lente, en 1 semaine avec parfois une desquamation postinflammatoire en cas d'insuffisance veineuse ou lymphatique.

Chez un patient diabétique souffrant de troubles trophiques, l'infection peut être subaiguë, peu fébrile, peu ou pas douloureuse en cas de neuropathie associée, les signes inflammatoires locaux peuvent être moins marqués, la réponse thérapeutique plus lente

Lorsque l'évolution sous traitement n'est pas favorable, il faut évoquer un germe inhabituel résistant à l'antibiotique prescrit, une mauvaise observance, une immunodépression, une évolution vers la nécrose ou l'abcédation, ou enfin un autre diagnostic. Ces situations très rares nécessitent un avis de deuxième ou de troisième recours voire une hospitalisation.

Connaître les autres étiologies de grosse jambe rouge aiguë OIC-350-04-B

La prévalence et le contexte guident le médecin de premier recours (médecin généraliste ou urgentiste) dans son raisonnement.

La dermo hypodermite de stase (sur insuffisance veineuse) est un diagnostic différentiel fréquent. Le début est moins brutal, elle est souvent bilatérale, sans fièvre et régresse spontanément avec le repos et la surélévation des membres inférieurs.

La dermo hypodermite nécrosante est rare, mais grave et le médecin de premier recours la conserve en tête. Les douleurs comme le sepsis sont intenses et précèdent les placards de nécrose.

De nombreuses autres bactéries peuvent être responsables de placards érythémateux et le contexte recueilli à l'interrogatoire oriente le médecin de premier recours. Par exemple, chez un éleveur de lapins, la tularémie est évoquée, chez un chasseur ou un promeneur la borréliose de Lyme, etc.

De nombreuses autres situations peuvent être évoquées selon le contexte des plus simples comme « un coup de soleil » ou des piqûres d'insectes comme les plus compliquées avec les maladies auto-immunes nécessitant des avis de troisième recours comme TRAPS (tumor necrosis factor receptor-1 associated periodic syndrome).

Cas particulier de la thrombose veineuse. Le différentiel entre un érysipèle et une thrombose veineuse pose souvent problème aux médecins de premier recours principalement du fait de la gravité potentielle de la thrombose. Les examens biologiques et paracliniques peuvent aider le médecin si la clinique et les scores ne suffisent pas.

Connaître la pertinence des examens complémentaires (de l'érysipèle) dans un contexte de grosse jambe rouge (selon les caractéristiques cliniques et l'orientation diagnostique) OIC-350-05-A

Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire indispensable en cas de forme typique et non compliquée.

En cas de forme atypique : intérêt limité par un manque de sensibilité et de spécificité.

- Biologie : NFS et protéine C-réactive (CRP) retrouvent un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à PNN et une CRP souvent > 100 mg/L). Leur décroissance sous traitement est un signe d'évolution favorable.

En cas de forme grave :

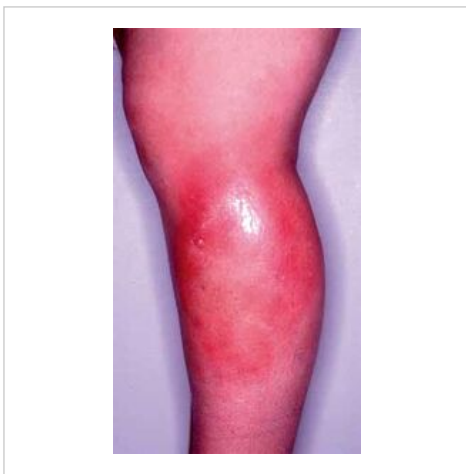
- Hémocultures : faible rentabilité (positives dans moins de 5 % des cas), car la symptomatologie inflammatoire est liée à un super antigène. En cas d'immunodépression, de facteur d'exposition spécifique ou de placard inflammatoire étendu (notamment à la cuisse), elles sont logiques et peuvent mettre en évidence un germe atypique ;

- Prélèvement bactériologique de toute porte d'entrée : permet d'adapter l'antibiothérapie si nécessaire ;

- Imagerie : échographie des parties molles ou IRM à réaliser sans délai en cas de suspicion de dermo-hypodermite nécrosante.

En cas de doute sur une thrombose veineuse profonde : Echodoppler veineux des membres inférieurs.

Photographie d'un érysipèle de jambe typique OIC-350-06-A



Connaître l'algorithme diagnostique OIC-350-07-A

Devant une plainte de grosse rouge aiguë, la clinique est fondamentale pour porter le diagnostic d'érysipèle, éliminer un diagnostic de dermo-hypodermite nécrosante et envisager d'autres diagnostics éventuels.

L'entretien s'attachera à préciser :

1- L'anamnèse :

- a. La date et le mode de début (brutal, insidieux) ;
- b. Les prodromes, notamment infectieux : frissons, fièvre ;
- c. Les modalités évolutives, en spécifiant l'effet d'éventuels traitements ;

- d. La localisation (notamment uni- ou bilatérale) ;
- e. Les signes fonctionnels (douleur, prurit) ;
- 2- Les antécédents qui peuvent constituer des facteurs favorisants
 - a. Généraux : immunodépression, fragilité, comorbidités (obésité)
 - b. Locaux : vasculaire, rhumatologique et dermatologique
 - c. Antécédent de grosse jambe rouge
 - d. Prise médicamenteuse : antibiothérapie / anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens / traitements topiques, etc.
- 3- Les facteurs d'exposition notables (traumatisme, plaie, piqûre, morsure, baignade,)

L'examen physique s'attachera à :

- 1- Caractériser la lésion élémentaire
 - a. Siège uni- ou bilatéral ;
 - b. **Placard érythémato-oedémateux** souvent tendu et douloureux à la palpation, mal délimité ;
 - c. Présence d'autres lésions associées : vésicules (eczéma), bulles, nécrose, perte de substance, crépitation ;
 - d. **Marquer les limites de la lésion** au feutre pour le suivi évolutif
- 2- Rechercher une porte d'entrée

Intertrigo interorteil, lésions de grattage, ulcère, plaie traumatique, morsure ou piqûre ;

- 3- Recherche de signes de gravité (= fasciite nécrosante)
 - a. Locaux : hypoesthésie ou douleurs spontanées intenses
 - b. Généraux : fièvre, frissons, signes de sepsis sévère, de choc.
- 4- Rechercher des signes d'orientation étiologique :
 - a. Lésions d'insuffisance veineuse chronique : œdème, varices, lipodermatosclérose ;
 - b. Pouls périphériques pédieux et tibiaux postérieurs (AOMI) ;
 - c. Neuropathie diabétique , lymphangite avec adénopathie

Diagnostic de situation :

Devant un diagnostic de dermo-hypodermite infectieuse :

- 1- Si le patient a un terrain à risque : une hospitalisation s'impose pour surveillance et traitement intraveineux
- 2- Si le patient présente des signes généraux de mauvaise tolérance, une hospitalisation est nécessaire pour traitement intraveineux, voire prise en charge en réanimation
- 3- Si le patient présente des signes de dermo-hypodermite nécrosante, l'hospitalisation s'impose pour prise en charge en réanimation, traitement intraveineux et chirurgie en urgence
- 4- En l'absence de signes de gravité, la prise en charge est ambulatoire.

Connaître l'attitude et la prise en charge clinique dans les situations d'urgence OIC-350-08-A

La mise en route du traitement des dermo-hypodermes bactériennes ne doit pas être retardée par l'attente d'examen complémentaires qui ont en général peu d'intérêt diagnostique.

En l'absence de signes de gravité, la prise en charge est ambulatoire :

- **Antibiothérapie anti- streptococcique : AMOXICILLINE 3gr/j en 3 prises pendant 7 jours ;**
- **Repos au lit avec jambe surélevée** jusqu'à régression des signes inflammatoires ;
- **Antalgiques** (contre-indication aux AINS) ;
- **Vaccination antitétanique** à vérifier et renouveler le cas échéant ;
- Traitement anticoagulant par héparine calcique ou héparine de bas poids moléculaire à dose préventive **uniquement** en cas de facteurs de risque de maladie thrombo-embolique ;
- Réévaluation du traitement au bout de 72 h :
 - poursuite de la prise en charge ambulatoire si évolution favorable ;
 - hospitalisation si extension ;
 - révision du diagnostic ;

Une hospitalisation ne s'impose que si un traitement parentéral et/ou une surveillance rapprochée sont nécessaires, en particulier :

- Si le patient a un terrain à risque :
 - immunodépression ;
 - comorbidités susceptibles de décompensation ;
 - contexte social : dépendance, précarité.
 - Si le patient présente des signes généraux de mauvaise tolérance :
 - Fièvre élevée et mal tolérée ;
 - Hypotension, tachycardie, marbrures ;
 - Tachypnée ;
 - oligurie ;
 - confusion ;
 - En absence d'amélioration ou d'extension après 72heures de traitement bien conduit
-

Savoir évoquer le diagnostic d'une fasciite nécrosante OIC-350-09-A

Signes de gravité devant faire évoquer une fasciite nécrosante :

- Terrain favorisant (âge avancé, diabète, AOMI, immunodépression) ;
- Douleur spontanée très intense ;
- œdème induré ;
- Extension rapide des lésions ;
- Hypoesthésie ou anesthésie ;
- Zones de lividité ;
- Bulles hémorragiques ;
- Crépitation à la palpation ;
- Nécroses profondes (taches cyaniques en « carte de géographie »).

→ **Urgences vitales** qui imposent une prise en charge médico-chirurgicale très rapide en unité de soins intensifs.
