

DERMOHYPODERMITES AIGUËS BACTÉRIENNES

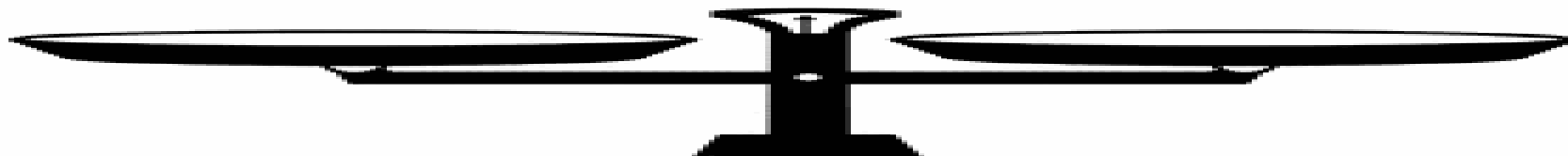
Pr H.Hadjaissa
Faculté de médecine
Service des maladies infectieuses

Les différents types de relation hôte-bactérie

- **Homme en contact étroit permanent avec des bactéries**
- **Un être humain c'est:**
 10^{13} cellules et.... 10^{14} bactéries !!
Plus de 1000 espèces bactériennes!



Symbiose



Relation entre le corps et les microorganismes

■ Symbiose indique la relation entre le microorganisme et l'hôte

Mutualisme: les deux organismes sont bénéficiaires.

Commensalisme: un organisme bénéficie, l'autre est non affecté.

≠

■ Parasitisme:

Le parasite bénéficie des lésions infligées à l'hôte.



Bactéries dans le colon



Bactéries sur l'épithélium nasal

L'ensemble des espèces commensales constitue la flore commensale ou **microbiote**

L'importance du microbiote

■ Microbiote cutané

- Enzymes bactériolytiques
- Lipolyse des lipides de surface en acides gras libres
- Antibiotique, antifongique et bactériocine

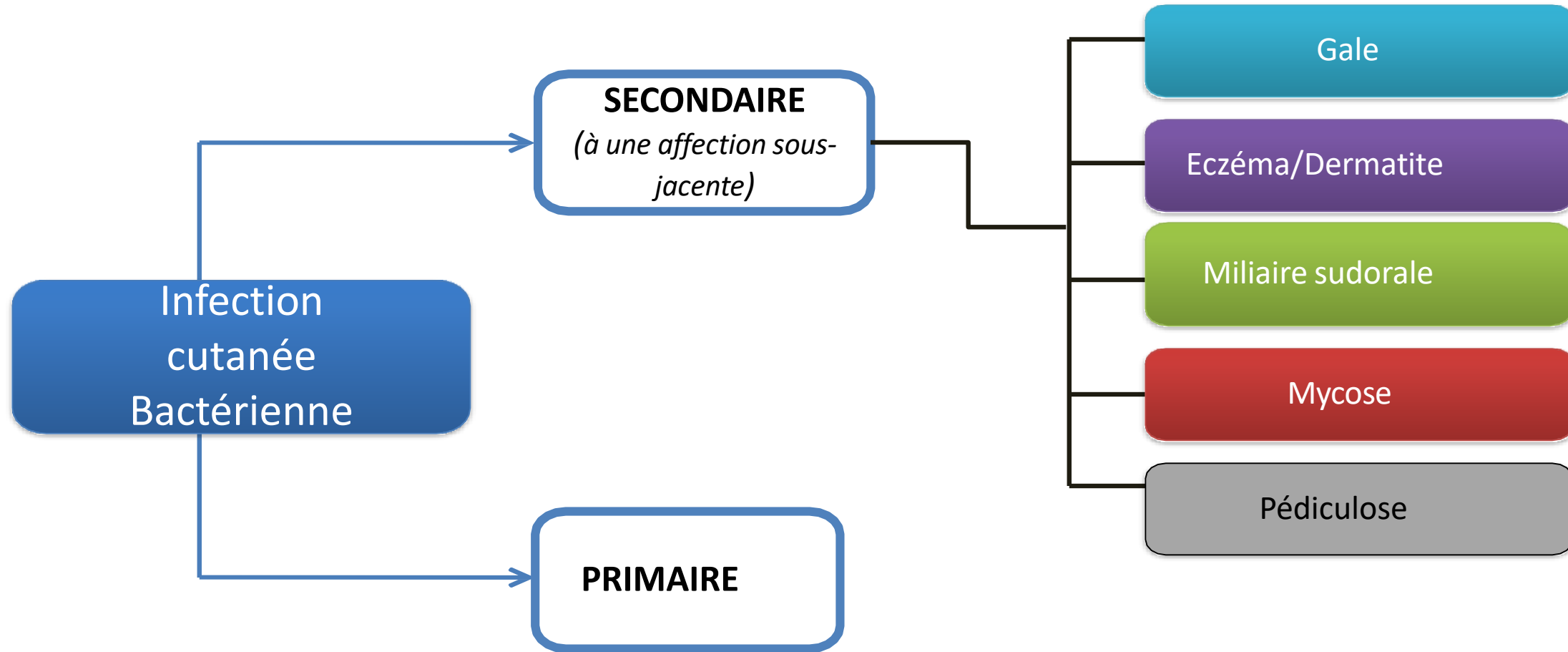
■ A côté de cette relation paisible



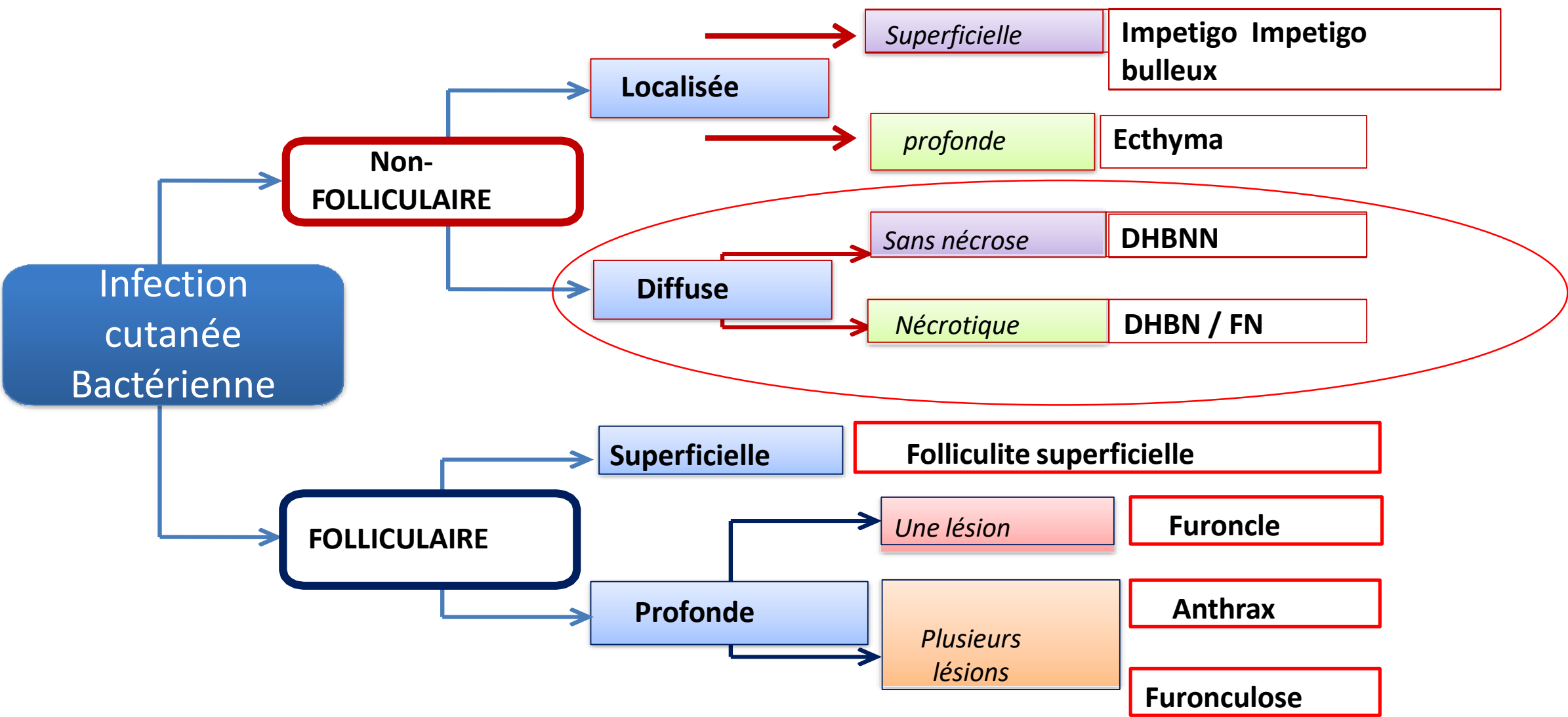
■ Il peut exister une relation conflictuelle entre une bactérie et l'organisme humain



Types d'infections cutanées bactériennes

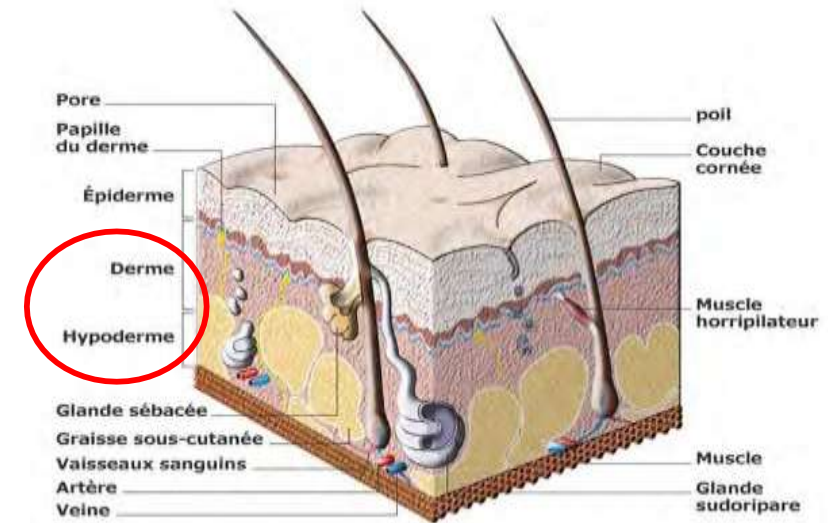


Classification des infections bactériennes



Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante / Introduction

- Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN ; érysipèle) : infection cutanée aiguë touchant le derme et l'hypoderme, localisée (membres inf ++), non nécrosante due essentiellement à *Streptococcus pyogenes* (SBHGA).
- Rare chez l'enfant
- Plus fréquente chez l'adulte : 10 – 100 cas /100.000 hab/an.
- Evolution généralement favorable
- *Streptococcus pyogenes* (+++), + rarement streptocoques hémolytiques des groupes B, C et G.
- Sensibilité aux pénicillines est de 100 %.



- La symptomatologie **inflammatoire bruyante** est liée a un phénomène de superantigène responsable d'une réaction inflammatoire explosive.
- Mais la prolifération bactérienne est peu intense : hémocultures + : < 5 % des cas.

- **Point essentiel**

Différencier une DHBNN d'une DHB nécrosante

Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante / Clinique

DHBNN (Erysipèle)

- Début brutal
- Placard inflammatoire (rouge, chaud, douloureux),
- Extension rapide, unilatéral.
- Bourrelet périphérique (limite nette et surélevée du placard inflammatoire) (visage++)
- Décollement bulleux et purpura localisé possibles, sans être des critères de gravité.
- Sans suppuration
- Fièvre 39 – 40°C, frissons.
- +/- Adénopathie satellite et/ou lymphangite

Localisation : membres inf (90 %), visage (5-10 %),
membres sup (si curage gg axillaire),
thorax (thoracotomie).



DHBNN (Erysipèle / Cellulite)



Porte d'entrée

($\frac{3}{4}$ des cas), parfois minime

A rechercher systématiquement.

Intertrigo,

Piqûre

Plaie

Ulcère

Brûlures

...



Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante / Clinique

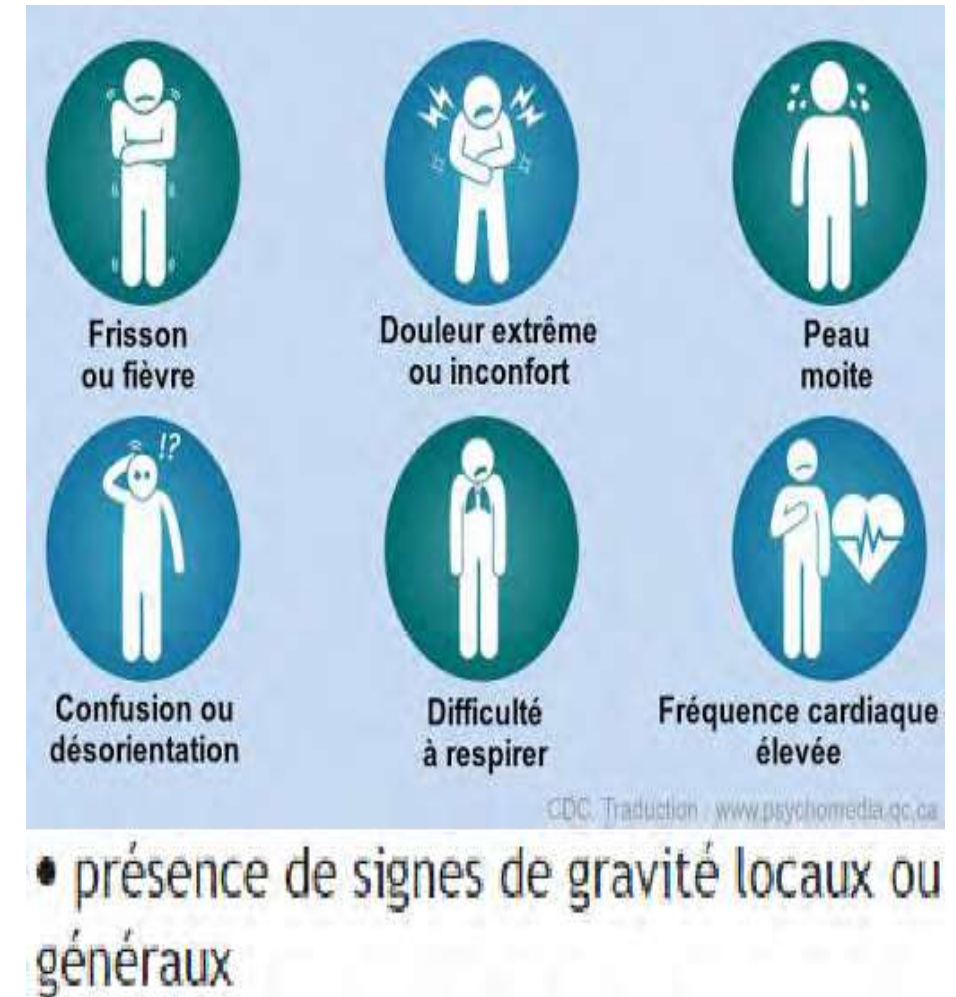


Facteurs de risque

- ATCD personnel de DHBNN,
- Obésité (IMC > 30),
- Lymphoedème,
- Insuffisance veineuse
- Diabète

Signes de gravité (à rechercher et à surveiller)

- Signes généraux de sepsis ou de choc toxique
- Extension rapide des signes locaux en quelques heures
- Douleur très intense, impotence fonctionnelle
- Signes locaux :
 - ✓ Lividités, taches cyaniques,
 - ✓ Crépitation sous-cutanée,
 - ✓ Hypo- ou anesthésie locale,
 - ✓ Induration dépassant l'érythème,
 - ✓ Nécrose locale
- Aggravation des signes locaux dans les 24 à 48 heures malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée.



Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante / Diagnostic différentiel

- **Dermo-hypodermite de stase** (sur insuffisance veineuse) : souvent bilatérale, d'évolution subaigue/ chronique, sans fièvre, régression avec le repos, pas de syndrome inflammatoire biologique ;
- **Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante** (signes de gravité) ;
- **Dermo-hypodermite a *Staphylococcus aureus*** : s'étendant à partir d'un mal perforant plantaire chez le diabétique, d'un point d'injection, d'une plaie.
Présence fréquente de pus ;
- **Infection du site opératoire** : infection de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse ostéo-articulaire ;
- Morsure, griffure, érythème migrant, érythème noueux, lymphangite, panniculite.

- Aucun examen complémentaire en cas de forme typique non compliquée. **Dgc clinique**
- Prélèvements microbiologiques (porte d'entrée et hémoculture), que si :
 - morsure animale ou humaine,
 - survenue en milieu aquatique,
 - post-traumatique,
 - patient immunodéprimé,
 - situation nosocomiale,
 - signes de gravité locaux ou généraux.

Ambulatoire

Hospitalisation si :



- Doute diagnostique,
- Signes de gravité locaux ou généraux,
- Risque de décompensation de pathologie associée (diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque...),
- Impossibilité de traitement à domicile : âge > 75 ans, IMC > 30, âge < 1 an
- Pas d'amélioration dans les 24 à 48 heures (délimiter la zone inflammatoire au feutre).



Antibiothérapie

- **Durée** : 7 jours.
- **1^{re} intention** : Amoxicilline 50 mg/kg/j (≤ 6 g)
- Si allergie : Clindamycine 600 mg x 3/j
Pristinamycine 1 g x 3/j



Traitement symptomatique

- Antalgiques (paracétamol ; **pas de corticoïdes ni d'AINS**),
- Repos au lit et surélévation du mbre inf jusqu'à régression des phénomènes inflammatoires
- Anticoagulation préventive si facteurs de risque de thrombose.

Traitement de la porte d'entrée (intertrigo inter-orteil, ...)

Vaccination antitétanique (mise à jour)



Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante / **Traitement**

Prévention des récurrences (30 % des cas)

- Traitement de la porte d'entrée et des facteurs favorisants (intertrigo inter-orteil, macération, hygiène) ;



**OBESITY
TREATMENT**



**LYMPHEDEMA
WRAPPING**

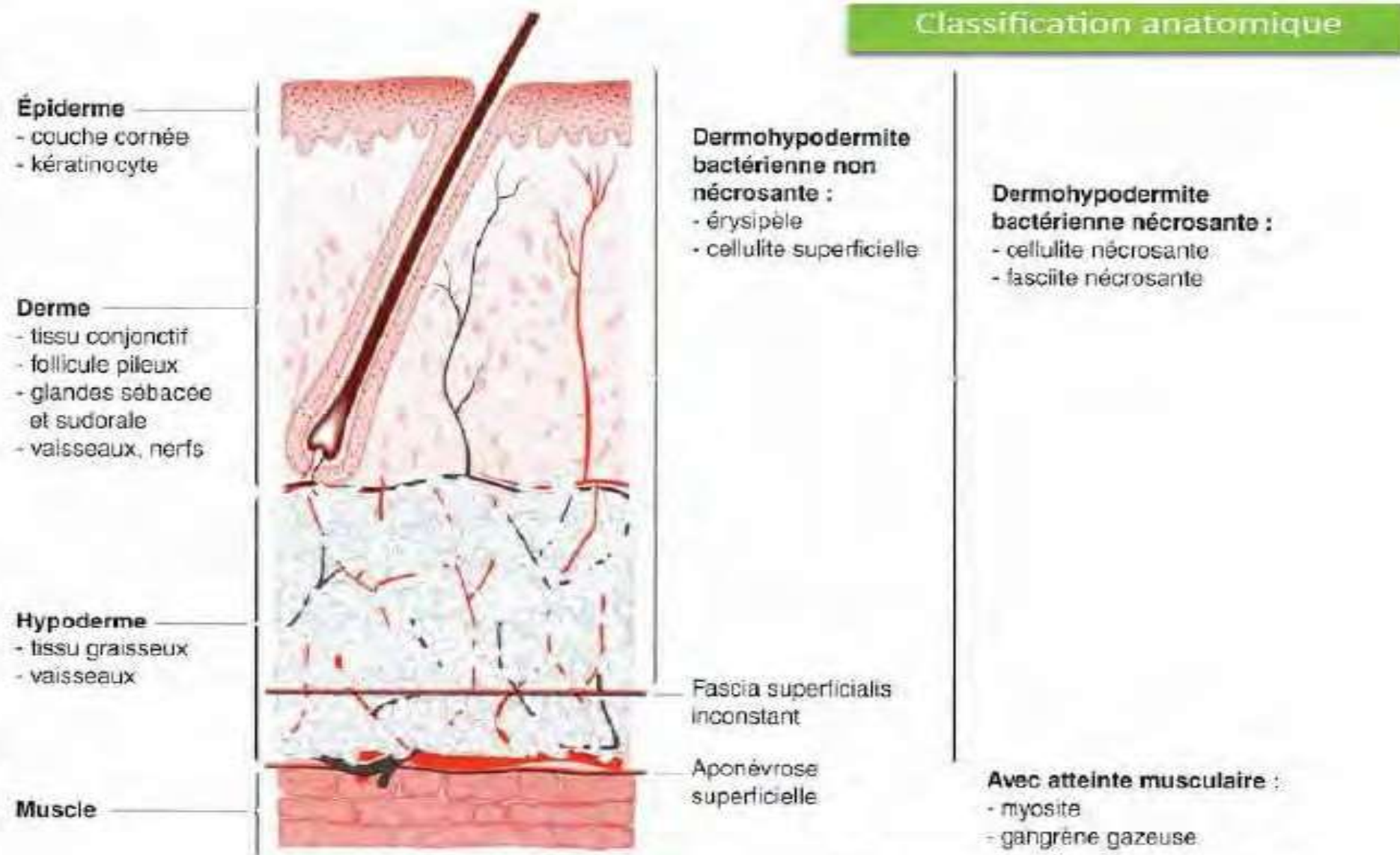
- Traitement de l'insuffisance veino-lymphatique après l'épisode aigu
- Antibioprophylaxie si facteurs de risque non contrôlables et après 2 épisodes dans l'année

Benzathine benzyl-penicilline G ou penicilline V,

Durée en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.

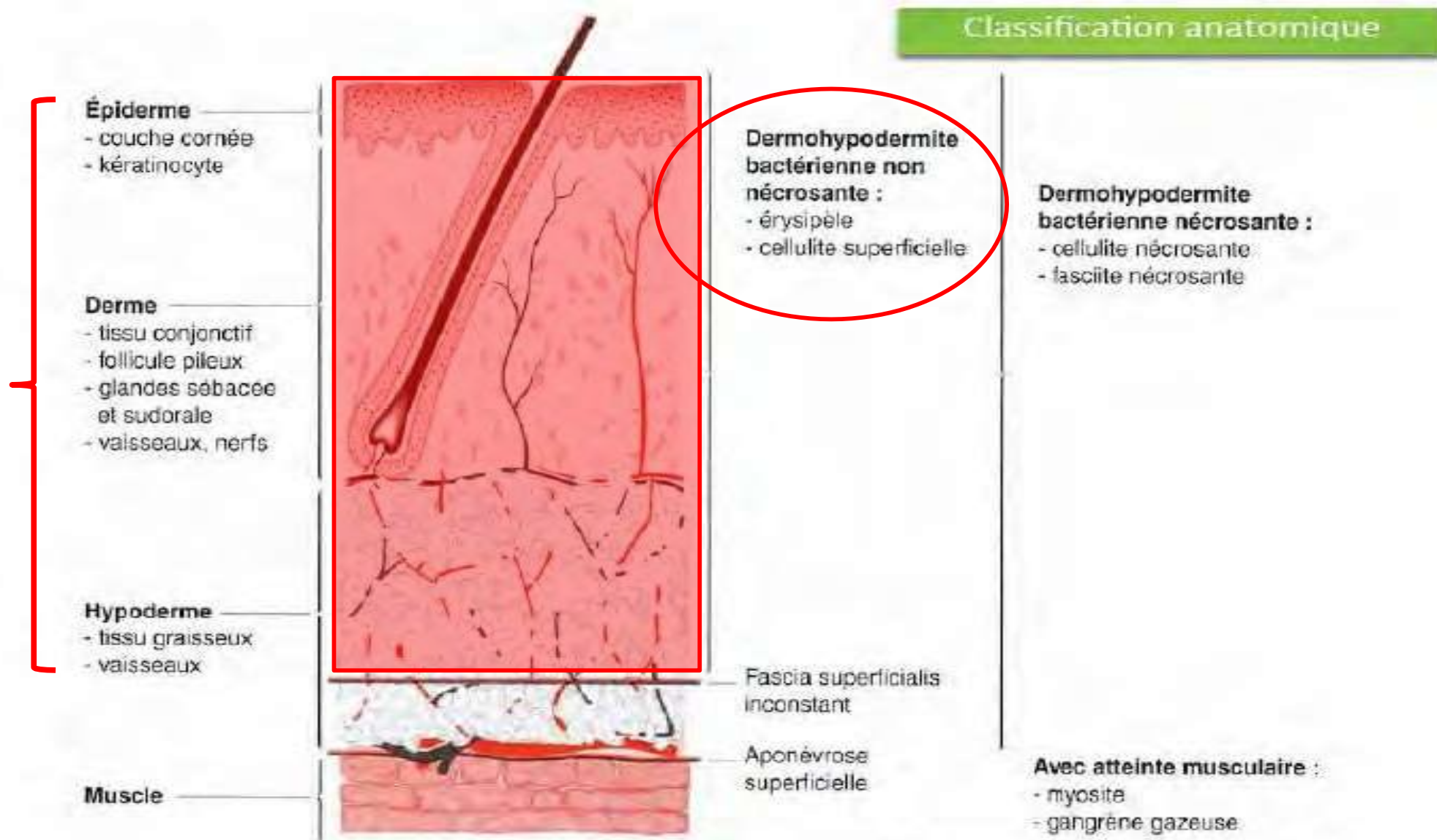


DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE AIGÜE NÉCROSANTE ET FASCIITE NÉCROSANTE



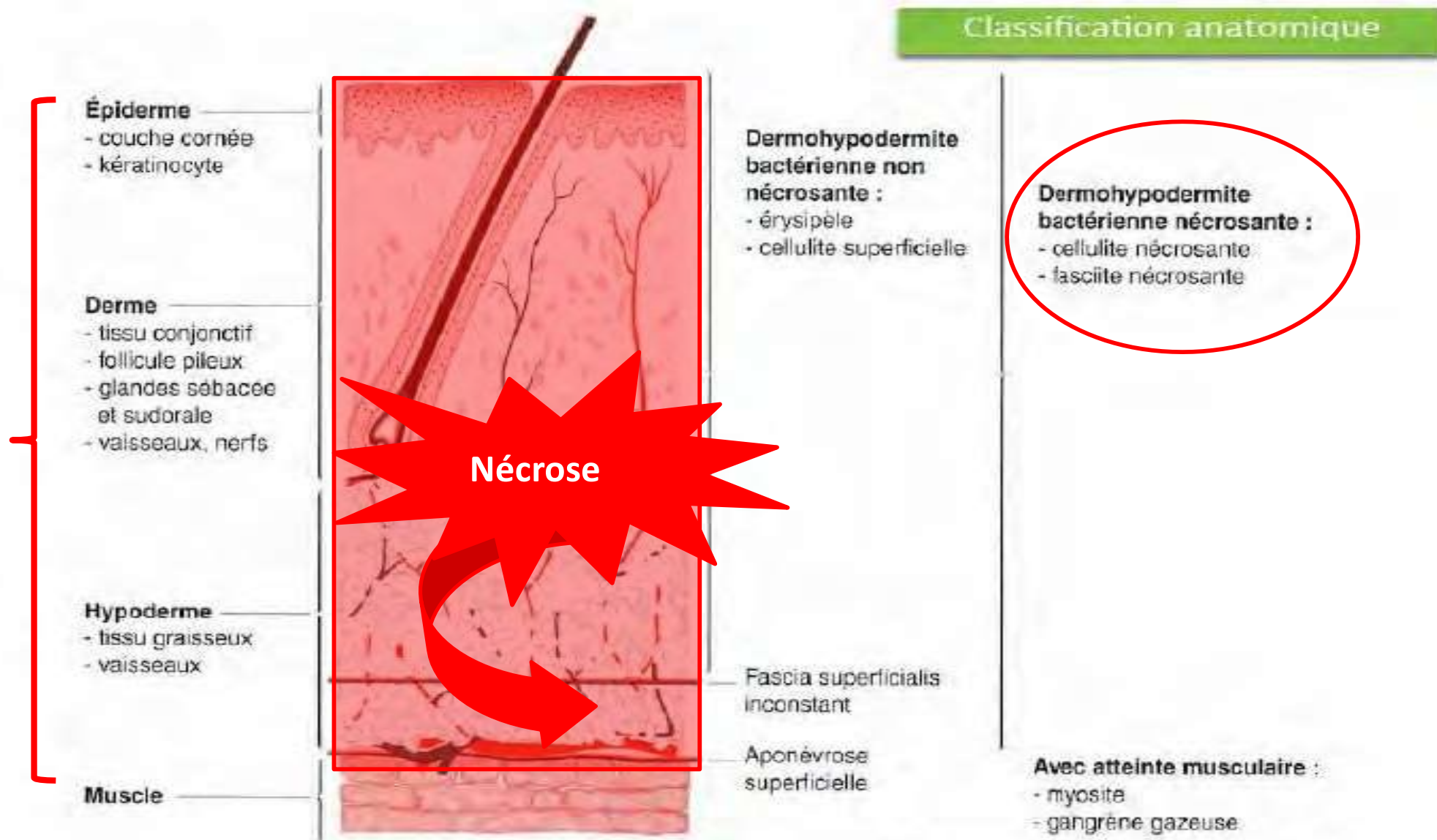
D'après le Pr Sigismond Lasocki DURPI 2010

DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE AIGUË NÉCROSANTE ET FASCIITE NÉCROSANTE



D'après le Pr Sigismond Lasocki DURPI 2010

DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE AIGÜE NÉCROSANTE ET FASCIITE NÉCROSANTE

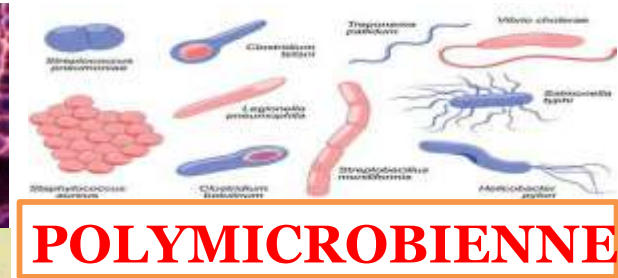


DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE AIGUË NÉCROSANTE ET FASCIITE NÉCROSANTE

- **DHBN** et **FN** : infections bactériennes cutanées du derme et de l'hypoderme s'accompagnant de nécrose sans atteinte de l'aponévrose (DHBN) ou avec atteinte de l'aponévrose (FN).
- FN : associées dans 50 % des cas à un syndrome de choc toxique streptococcique.
- Prolifération bactérienne intense avec nécrose.
- La nécrose évolue de la profondeur (hypoderme) vers la superficie :
Lésions profondes plus sévères que ce est visible à l'examen cutané.

DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE AIGÜE NÉCROSANTE ET FASCIITE NÉCROSANTE

- Urgence médico-chirurgicale.
- Pronostic lié à la précocité du geste chirurgical.



- Rare, 100 fois moins fréquente que la DHBNN, mais grave : 30 % de mortalité.
- Bactéries responsables : *Streptococcus pyogènes* le plus souvent, en association avec d'autres bactéries
- Facteurs de risque :
 - âge > 60 ans, toxicomanie IV, diabète (déséquilibré ++),
 - Obésité (IMC > 30), immunodépression, malnutrition, AOMI, insuffisance veineuse.
- Les AINS favorisent l'évolution nécrosante.

Début par DHBNN mais certains signes doivent faire suspecter une forme nécrosante :

- Signes de gravité du **sepsis** ;



- **Douleur intense**, non soulagée / antalgiques de palier 1 ou 2, s'étendant au-delà des zones inflammatoires.
- **Induration** des tissus au-delà des lésions visibles.
- **Extension rapide** (entourer les zones inflammatoires au feutre) ;
- A un stade + tardif : apparition de **placards grisâtres hypo-esthésiques** évoluant vers la nécrose.
[L'hypoesthésie est liée a la nécrose des récepteurs de la sensibilité superficielle]
- **Crépitation** +/- , si association à des bactéries anaérobies.



Topographie

- Membres inférieurs +++



- Formes cervico-faciales, après chirurgie ORL (risque de médiastinite).
- Formes thoraco-abdominales, après chirurgie thoracique ou digestive.
- Formes périnéales (gangrène de Fournier), chirurgie ou procédure digestive ou urologique.

- Le diagnostic est clinique
- Bilan préopératoire
- Bactériologie : Hémocultures en urgence,
Prélèvements per-opératoires (aéro-anaérobies)
- Imagerie (IRM) : sans intérêt à ce stade
Utile pour guider en cas de reprise

- Traitement médico-chirurgicale urgent
- **Débridement chirurgical** large de l'ensemble des tissus nécrosés.
- **Antibiothérapie** IV à fortes doses
 - Pénicilline G + clindamycine
 - Amoxicilline – Acide clavulanique
 - Imipénème
- Adaptation de l'antibiothérapie aux prélèvements per-opératoires,
- Durée : 14 à 21 jours,
- Vaccination antitétanique (mise à jour).

Urgence médico-chirurgicale

