

Dermohypodermes erysipèle et fasciite nécrosante

Cours graduation module des maladies
infectieuses

Pr Amel Ouyahia

Objectifs

Définir l'érysipèle

Identifier les facteurs de risque et les différentes portes d'entrée

Citer les différentes localisations

Diagnostiquer l'érysipèle

Citer les complications

Appliquer la conduite thérapeutique appropriée

Définir la fasciite nécrosante

Décrire les caractéristiques de la lésion au plan clinique

Citer les différentes formes topographiques

Citer les complications

Appliquer la conduite thérapeutique

Appropriée

Prérequis : cours bactériologie : streptocoques

Erysipèle

L'érupition est une dermohypodermite aiguë, localisée, non nécrosante.

Epidémiologie:

- **Agent causal :**

streptocoque bêta hémolytique du groupe A, suivi des autres groupes G, B ou C.

- **Age :** Adulte > 40 ans, avec un âge moyen de survenue vers 60 ans.
- **Facteurs favorisants locaux :**
 - Comorbidités : diabète, obésité.

I. Clinique :

Type de description : Erysipèle de la jambe.

Le début est brutal .

PE : plaie, ulcère de jambe, intertrigo des orteils+++

- **Signes fonctionnels :** La douleur représente le maître symptôme.
- **Les signes généraux:** fièvre élevée, 39-40°C associée à des frissons.
- **Signes physiques:**

Placard inflammatoire, érythémateux parfois bulleux ou purpurique, œdémateux, douloureux et chaud .

Des adénopathies satellites peuvent être retrouvées.

- L'évolution se fait vers la guérison au bout de 10-15 jours avec toutefois un risque de survenue de complications.

Complications : risque de :

- fasciite nécrosante : Cf cours.
- récidives

II. Formes cliniques :

Formes topographiques :

- **Erysipèle du visage :** s'accompagne d'une plaque érythémateuse, œdémateuse et inflammatoire, bien limitée en périphérie par un bourrelet.

Les lésions sont bilatérales en aile de papillon.

III. DIAGNOSTIC

Il est clinique

IV. Diagnostic différentiel

- Chapitre à discuter de manière interactive

V. Traitement:

But : le traitement a pour but de : - Stériliser le foyer infectieux - Eviter les complications - Eviter les récurrences

Hospitalisation :

- *Mono antibiothérapie :*
 - *Penicilline A: 50 - 100mg /Kg/j*
 - *ou Peni G : 10-20 MU/j en perfusion continue*
 - *si allergie : pyostacine*

durée : 10j.

- *TRT de la PE*
- *Anticoagulation préventive*

LA FASCIITE NECROSANTE

La FN est une dermohypodermite nécrosante qui comporte une nécrose qui intéresse ou dépasse l'aponévrose superficielle avec des atteintes plus ou moins profondes des fascias intermusculaires.

I. Epidémiologie

Agent causal :

Elles peuvent être monomicrobiennes, et alors principalement dues au SGA ou polymicrobiennes associant SGA, bactéries aérobies (notamment SA, entérobactéries, *P. aeruginosa*, etc.) ou anaérobies.

II. Diagnostic clinique

Au stade précoce

1. Signes généraux : Fièvre , frissons

2. Signes locaux

- Œdème , qui devient rapidement extensif au delà de la zone érythémateuse .
- un érythème
- une chaleur cutanée
- une douleur associée à une hypoesthésie

Phase d'état :

- Signes de sepsis
- Douleur intense,
- Œdème induré, cyanose,
- hypoesthésie cutanée, odeur putride, crépitant.
- lésions de nécrose

Complications :

- **choc toxique streptococcique+++**

III. Examens complémentaires

1. Examens bactériologiques

- Les prélèvements microbiologiques en profondeur .
- Hémocultures

2. Imagerie

IRM : est l'examen de choix.

IV. Traitement

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale et sa prise en charge repose sur trois piliers :

- Excision chirurgicale précoce ;
- Antibiothérapie A Large Spectre ;
- Mesures de réanimation

■ **ATB :**

pénicilline 20 à 30 M UI perf + clindamycine 25 mg/Kg/j
(600 mg IV toutes les 6 heures)

Autres associations :

Amoxicilline /acide clavulanique + aminoside

Fluoroquinolone+ metronidazole+ aminoside

C3G+ aminosides+ metronidazole

■ **Anticoagulation**

■ **CHIRURGIE ++**

– **Excision des zones nécrosées**

durée d'antibiothérapie : 15 jours après le geste chirurgical en l'absence d'atteinte ostéoarticulaire .