

Conduite à tenir devant une dermohypodermite bactériennes non nécrosantes (DHBNN) - Erysipèle

2 pages

Recommandations HAS février 2019

Définition/épidémiologie/microbiologie

Infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, limitée au derme et à l'hypoderme.

Principalement dues au streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA, *Streptococcus pyogenes*) dans 58 à 73 % des cas, du groupe G dans 14 à 25 % des cas, et accessoirement à d'autres groupes (C, B) dans moins de 10 % des cas. Leur principale complication est la récurrence, qui est fréquente.

Les DHBNN peuvent aussi être dues à d'autres bactéries que les streptocoques.

Facteurs de risque de DHBNN

Facteurs de risque de DHBNN à streptocoques du membre inférieur sont un antécédent personnel de DHBNN, l'obésité, la présence d'un œdème chronique ou d'un lymphœdème de jambe, et la présence d'une porte d'entrée cutanée (effraction de la barrière cutanée par intertrigo, dermatose sous-jacente, plaie, etc.).

Pour la DHBNN à streptocoques du membre supérieur, la présence d'un lymphœdème, notamment en cas de cancer du sein chez la femme, avec ou sans chirurgie ou radiothérapie, est un facteur favorisant fréquemment rapporté.

Chez l'enfant, le principal facteur de risque de DHBNN est la varicelle.

Signes cliniques

Apparition brutale d'un placard inflammatoire de dermohypodermite bien circonscrit, unilatéral en cas de localisation au membre, accompagné ou précédé de fièvre et/ou de frissons. Parfois adénopathie régionale ou d'une traînée de lymphangite.

Le marquage au feutre permet de suivre l'évolution du placard inflammatoire, ou remplacé par une photographie clinique (avec l'accord du patient et en se conformant à la réglementation).

La recherche d'une porte d'entrée cutanée locorégionale doit être systématique.

L'absence de porte d'entrée visible ne doit pas faire écarter le diagnostic

Signes de gravité à rechercher

Patients fragiles (immunodépression, terrain débilisé, sujet âgé, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, etc.) plus à risque de développer une forme grave (ou compliquée) de DHB, en premier lieu une forme nécrosante (DHBN).

Formes topographiques

► Face

Les DHBNN de la face sont actuellement très rares. Elles sont généralement dues au SGA. Le placard de dermohypodermite est unilatéral, habituellement très bien limité, avec parfois un bourrelet périphérique.

Diagnostic différentiel

► Face

La DHBNN à streptocoque de la face est à distinguer de la staphylococcie « maligne » de la face qui est exceptionnelle. Suspectée devant le contexte (furoncle manipulé), topographie centro-faciale, placard inflammatoire à bords mal limités, et l'importance des signes généraux.

Il faut rechercher des signes de thrombophlébite du sinus caverneux (céphalées, cordon veineux facial, exophtalmie, ophtalmoplégie, œdème papillaire, baisse unilatérale de l'acuité visuelle). Sa suspicion impose une hospitalisation en urgence.

Formes topographiques

► Région fessière, périnée et organes génitaux externes

DHBNN région fessière et périnée sont très rares, généralement d'origine streptococcique, mais avec l'implication potentielle d'autres bactéries. Parfois favorisées par un lymphœdème post-chirurgical. Placard de dermohypodermite généralement unilatéral. Porte d'entrée souvent un intertrigo interfessier.

Les DHBNN des organes génitaux externes sont favorisées par les relations sexuelles traumatisantes et souvent dues au streptocoque du groupe B.

Diagnostic différentiel

► Région fessière, périnée et organes génitaux externes

Gangrène de Fournier. Se présente sous la forme d'une DHBN du périnée et des organes génitaux externes d'extension rapide dans un contexte de sepsis. Dans ce cas, il est recommandé d'hospitaliser le patient en urgence (appel au centre 15 et orientation dans un service adapté).

Prélèvements microbiologiques (prélèvements locaux de la porte d'entrée et éventuellement hémocultures) uniquement si :

- morsure animale ou humaine ;
- survenue en milieu aquatique ;
- après un voyage en zone tropicale ;
- origine post-traumatique, liée aux soins (cathéters veineux périphériques) ou à une injection septique ;
- lésions suppuratives ;
- échec d'un traitement antibiotique présumé adapté ;
- sujet immunodéprimé ;
- signes de gravité locaux ou généraux (faisant craindre une DHBN).

Considérer une autre étiologie que streptococcique dans les situations suivantes :

- portes d'entrées particulières (morsure animale, exposition marine, voie veineuse périphérique, toxicomanie IV, etc.) ;
- certaines localisations (face, région périnéo-fessière) ;
- certains terrains (enfant, immunodépression).

Traitement antibiotique pour une durée de 7 jours :

- en première intention : amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour ;
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g x 3 /jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Régression complète des signes cutanés souvent retardée (2, voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux, et un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

Ne pas prescrire d'antibiothérapie locale.

Traitement dans certaines situations:

- DHBNN après morsure : amoxicilline-acide clavulanique oral : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique, pour une durée de 7 jours ;
 - en cas de suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc) : amoxicilline (50 mg/kg/jour) pour une durée de 7 jours.
- Dans les situations suivantes, avis spécialisé recommandé :
- DHBNN liées aux soins ;
 - exposition aquatique et marine ;
 - injection septique (toxicomanie IV).

Autres mesures thérapeutiques

- Repos avec surélévation du membre atteint est recommandé jusqu'à amélioration des signes locaux.
 - Anticoagulation à dose prophylactique sera discutée en fonction des facteurs de risque thromboembolique du patient.
- Les mesures suivantes sont également recommandées :
- port d'une contention veineuse efficace dès que l'amélioration de la douleur le permet et pendant une durée d'au moins 3 semaines ;
 - mise à jour de la vaccination antitétanique.

Traitement de 1^{ère} intention chez l'enfant DHBNN non compliquée:

- amoxicilline-acide clavulanique per os : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en trois prises par jour (sans dépasser 3 g/jour) ;
- si allergie aux β -lactamines :
 - clindamycine : 40 mg/kg/jour en trois prises par jour (enfants > 6 ans),
 - sulfaméthoxazole-triméthoprim : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en trois prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans).
- Il est recommandé de prescrire ce traitement pour une durée de 7 jours en fonction de l'évolution.

Critères d'hospitalisation :

- présence de signes de gravité locaux ou généraux ;
- maladie associée à un risque de décompensation ou de complications (cf. paragraphe 1.5) : immunodépression, diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque à partir du stade III NYHA, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique, etc. ;
- obésité morbide (IMC > 40) ;
- impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile, risque de non-observance thérapeutique, personne en état de précarité, impossibilité de prendre un traitement par voie orale ;
- sujet âgé > 75 ans et polyopathologique avec risque de mauvaise réponse au traitement et/ou risque de décompensation de pathologie chronique ;
- âge inférieur à 1 an.

Une hospitalisation secondaire est recommandée en cas :

- d'apparition de signes de gravité locaux ou généraux ; ou
- d'évolution défavorable dans les 24 à 48 heures suivant l'instauration du traitement antibiotique, notamment en cas de fièvre persistante, d'extension du placard inflammatoire.

Formes selon le terrain :

- ▶ **Obésité (IMC > 30).** Les patients obèses sont plus à risque d'échec thérapeutique du fait d'un risque de sous-dosage, de rechute ou de complications.
- ▶ **Immunodépression :** agents pathogènes particuliers, tels que des bacilles à Gram négatif (*Escherichia coli*), ou des bactéries opportunistes.
- ▶ **Enfant :** survient chez des sujets immunocompétents et en association à la varicelle. Leur épidémiologie bactérienne est différente de celles de l'adulte, avec présence de *Staphylococcus aureus* (SA) en association au SGA.

La récurrence est la plus fréquente des complications de la

DHBNN de l'adulte. Pour la prévenir, il est recommandé de traiter la porte d'entrée (quand elle est identifiée) et de prendre en charge les autres facteurs de risque (œdème ou lymphœdème, obésité)

Formes selon la porte d'entrée :

- ▶ **Morsure animale :** délai d'apparition des symptômes plus long avec les bactéries pyogènes ou anaérobies (quelques jours) qu'en cas de pasteurellose, qui est rapidement douloureuse (quelques heures). Les germes identifiés dans les morsures animales (chiens, chats, etc.) sont souvent multiples, comprenant *Pasteurella multocida*, *Pasteurella canis*, les streptocoques, *Staphylococcus aureus* (SA), les anaérobies et *Capnocytophaga canimorsus*. Il existe en moyenne cinq bactéries différentes par morsure animale infectée.
- ▶ **Morsure humaine :** DHBNN après morsure humaine doivent faire évoquer d'emblée une infection plurimicrobienne avec des germes aérobies (SGA, SA, *Eikenella corrodens*) mais aussi anaérobies (*Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, etc.).
- ▶ **Exposition aquatique et marine :** après inoculation en milieu aquatique, DHB plus souvent extensives, nécrosantes et responsables d'une morbidité et une létalité élevées. Ils sont souvent polymicrobiennes, et peuvent être dues en particulier à *Vibrio vulnificus* (milieu tropical) et *Aeromonas hydrophila*, ainsi qu'à *Chromobacterium violaceum*, *Shewanella* spp, diverses entérobactéries, et *Pseudomonas aeruginosa*.
- ▶ **Exposition professionnelle :** forme particulière de DHBNN est le rouget du porc ou érysipélateoïde (ou érysipélotrichose), dû à *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Contamination généralement par des plaies de la main chez les personnes qui manipulent du poisson ou de la viande crue, résultant en général d'une exposition professionnelle (bouchers, charcutiers, poissonniers). La pasteurellose peut également être observée chez des jardiniers après piqûres d'épines de rose ou d'acacia contaminées par des déjections animales.
- ▶ **Séjour en région tropicale :** en plus des étiologies classiques (SGA, SA possiblement SARM), des étiologies particulières de DHBNN comme la mélioïdose due à *Burkholderia pseudomallei* (bacille de Whitmore), la diphtérie cutanée due à *Corynebacterium diphtheriae*, ou dans une moindre mesure (ulcération nécrotique plutôt que DHBNN) le charbon cutané dû à *Bacillus anthracis*.
- ▶ **DHBNN associée aux soins, DHBNN chez les toxicomanes :** Une porte d'entrée associée aux soins (voie veineuse périphérique, infection du site opératoire, plaie délabrante) doit faire évoquer l'origine staphylococcique d'une DHBNN. Il en est de même des DHBNN observées après injection septique chez des toxicomanes par voie intraveineuse (IV).

Principaux diagnostics différentiels des DHBNN

Causes infectieuses	Causes non infectieuses
Arthrite septique	Eczéma de contact
Bursite	Érythème noueux
Érythème migrant	Maladie périodique
Fasciite/Dermohypodermite nécrosante	Autres panniculites non infectieuses
Lymphangite	Piqûre d'insecte, cellulite de Wells
Panniculite infectieuse	Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse
	Thrombose veineuse superficielle ou profonde

Antibioprophylaxie à proposer à partir de deux épisodes de DHBNN dans l'année écoulée à des patients présentant des facteurs de risque non contrôlables, ou non résolutifs :

- benzyl-pénicilline G retard 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines ;
- pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline) PO 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en deux prises ;
- azithromycine (250 mg/jour) si allergie à la pénicilline (hors AMM).

La durée optimale n'est pas déterminée et sera à réévaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.