

## ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, EVOLUTIFS ET FACTEURS DE RISQUE DE L'ERYSIPELE DANS TROIS HOPITAUX DE NOUAKCHOTT-MAURITANIE.

### Epidemiological, clinical, evolutionary and risk factors of erysipelas in three hospitals in Nouakchott-Mauritania.

Kebe M<sup>1</sup>, Soufiane SA<sup>2</sup>, Cheikh D<sup>3</sup>, Amar ML<sup>1</sup>, Yahya S<sup>4</sup>, Ely SO<sup>5</sup>, Ball M<sup>4</sup>.

1. Service Dermatologie. Centre Hospitalier Amitié. Nouakchott. Mauritanie ; 2. Institut National d'Hépatovirologie ; 3. Faculté de Médecine de Nouakchott ; 4. Service Dermatologie. Centre Hospitalier National. Nouakchott. Mauritanie ; 5. Service Dermatologie. Centre National d'Oncologie. Nouakchott. Mauritanie.

**Auteur correspondant : Dr Mariem Kébé** E-mail : marikebe@yahoo.fr

Adresse : Centre hospitalier Amitié, BP : 12409. Nouakchott- Mauritanie.

#### RESUME

**Introduction :** L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, essentiellement due au streptocoque. Sa topographie élective est la jambe, il constitue un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en médecine.

Il s'agit d'une urgence médicale, potentiellement grave pouvant engager le pronostic fonctionnel et vital. Notre étude a pour objectif de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, ainsi que les facteurs de risque et pronostic de l'érysipèle en Mauritanie. **Patients et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale du 01 Janvier 2016 jusqu'au 30 Juillet 2017. La population d'étude était représentée par les patients consultant pour un placard inflammatoire aigu, chaud, douloureux et fébrile. **Résultats :** Chez les 61 patients recrutés, l'âge moyen était de 40 ans avec des extrêmes de 1 et 73 ans. Une prédominance féminine était observée. Les localisations étaient unilatérales. Dans 93,4% des cas, l'érysipèle siégeait aux membres inférieurs. Une adénopathie satellite était présente chez 40 patients soit 66% des cas. Une fièvre supérieure ou égale à 38°C était observée dans 87% des cas, elle était associée à des frissons 10% des cas. Les facteurs de risque locaux sont représentés par une plaie traumatique, un eczéma aigu et un intertrigo inter orteil. Les facteurs généraux sont l'obésité, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et la dépigmentation artificielle. L'évolution de nos patients est favorable dans 95% des cas sous antibiotiques. 9 patients présentaient une abcédation au cours de l'évolution soit 15%. **Conclusion :** Dans notre étude, l'érysipèle est observé surtout chez une jeune femme au foyer de la quarantaine. Sur le plan clinique, la localisation préférentielle était celle de la jambe retrouvée dans 93,4%. Plusieurs facteurs de risque sont associés à l'érysipèle dans notre étude. **Mots clés :** Erysipèle, épidémiologie, facteurs de risques, évolution.

#### SUMMARY

**Introduction:** Erysipelas is an acute non-necrotizing dermohypoderma of bacterial origin, mainly due to streptococcus. Its elective topography is the leg, it is a frequent reason for consultation and hospitalization in medicine. This is a potentially serious medical emergency that can be life threatening. Our study aims to determine the epidemiological and clinical characteristics, as well as the risk and prognosis factors of erysipelas in Mauritania. **Patients and Methods:** This was a cross-sectional descriptive observational study from January 01, 2016 to July 30, 2017. The study population was represented by patients seen for an acute inflammatory placard, hot, painful and feverish. **Results:** In the 61 patients, the mean age was 40 years with extremes of 1 and 73 years. A female predominance was observed. The locations were one-sided. In 93.4% of cases, erysipelas was found in the lower limbs. Satellite lymphadenopathy was present in 40 patients, ie 66% of cases. A fever greater than or equal to 38 ° C was observed in 87% of cases, it was associated with chills 10% of cases. Local risk factors are represented by a traumatic wound, acute eczema and intertrigo inter toe. General factors are obesity, taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs and artificial depigmentation. The outcome of our patients is favorable in 95% of cases on antibiotics. 9 patients presented with abscess during the course, ie 15%. **Conclusion:** In our study, erysipelas was observed mainly in a young housewife in her forties. Clinically, the preferred location was that of the leg found in 93.4%. Several risk factors are associated with erysipelas in our study. **Key words:** Erysipelas, epidemiology, risk factors, evolution.

#### INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, essentiellement due au streptocoque [1, 2, 3]. Sa topographie élective est la jambe, il constitue un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en médecine [3]. C'est une pathologie émergente en Afrique. Il s'agit d'une

affection sporadique dont la survenue est favorisée par des facteurs généraux et locorégionaux. Les facteurs de risques sont surtout le diabète, l'obésité, les antécédents cardio-vasculaires, la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), les plaies du membre inférieur (intertrigo inter orteil, ulcère de Jambe, insuffisance veineuse

chronique, lymphoedème, antécédent de chirurgie du membre)[4].

L'atteinte du visage qui représentait jadis 86% des cas est actuellement supplantée par celle des membres inférieurs en particulier des jambes [2]. Les récurrences restent fréquentes et surviennent dans 25% des cas environ [5].

Le diagnostic est essentiellement clinique et l'évolution est généralement favorable sous antibiothérapie [6]. Cliniquement il s'agit d'une grosse jambe rouge aigue et fébrile de survenue brutale précédée de fièvre, et de frissons [7].

Le traitement qui doit être le plus précoce possible repose essentiellement sur la pénicilline G [7].

L'érysipèle est la principale cause de dermohypodermite bactérienne (DHB) non nécrosante[8]. Il s'agit d'une urgence médicale, potentiellement grave pouvant engager le pronostic fonctionnel et vital du fait du risque de sepsis sévère et de complications thromboemboliques. Dans le monde l'incidence estimée est de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants par an [9, 10, 11]. Le taux de létalité est de 5% [12]. En Afrique subsaharienne, plusieurs études non comparatives ont suggéré le rôle possible de la dépigmentation cosmétique volontaire (DCV), de l'infection à VIH et du diabète comme facteurs de risque de l'érysipèle de jambe [3]. C'est devant ce constat que nous avons décidé de mener cette étude qui avait pour objectif de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, ainsi que les facteurs de risque de l'érysipèle en Mauritanie.

## PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale du 01 Janvier 2016 jusqu'au 30 Juillet 2017, soit d'une durée de 17 mois. L'étude s'est déroulée simultanément dans le Centre Hospitalier National (CHN), le Centre Hospitalier de l'Amitié (CHA) et le Centre Hospitalier de Mère et Enfant (CHME). La population d'étude est représentée par les patients quel que soit leur âge ou leur sexe, consultant pour un placard inflammatoire aigu, chaud, douloureux et fébrile consultants aux services de dermatologie, de médecine interne, du service des maladies infectieuses, des urgences médicales et du service de pédiatrie générale durant la période de l'étude. Ont été inclus tous les patients présentant un érysipèle et acceptant de se soumettre au questionnaire. Le consentement éclairé des patients a été obtenu.

Une fiche de collecte des données a été utilisée pour recueillir les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'érysipèle.

La saisie et l'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS 20.0.

## RESULTATS

Notre étude a permis de recenser 61 cas d'érysipèle durant la période d'étude. L'âge moyen était de 40 ans avec des extrêmes de 1 (Figure 1) et 73 ans. La tranche d'âge 26-50 ans était la plus représentée dans nos cas (43%). Une prédominance féminine était observée (24 hommes (39,3%) et 37 femmes) avec un sex-ratio

de 0.6%. Les ménagères représentaient 42,6% des professions.

Cliniquement, les localisations étaient unilatérales, dans 93,4% des cas, l'érysipèle siègeait aux membres inférieurs suivi des membres supérieurs (4 cas) Figure 2).

Les formes sémiologiques sans bulle ni purpura ont été retrouvées chez 23 patients soit 38 % des cas, suivi des formes purpuriques chez 20 patients soit 33 % cas puis formes bulleuses chez 20 patients soit 23 % cas et les formes compliquées de fasciite chez 4 patients soit 6 % cas (Figure 3).

Parmi les signes locorégionaux, la douleur était présente chez tous nos patients. Une fièvre supérieure ou égale à 38°C était observée chez 53 patients soit 87% des cas. Les frissons étaient présents chez 6 patients soit 10% des cas. Une adénopathie satellite était présente chez 40 patients soit 66% des cas.

Une porte d'entrée a été retrouvée chez 54 patients soit 88,5 %, il s'agissait d'une plaie traumatique dans 33% des cas (Figure 4).

Sur le plan paraclinique, la numération formule sanguine a mis en évidence une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles chez 23 patients. L'échographie doppler des veines était réalisée chez 6 patients, les résultats étaient normaux.

Les facteurs locaux désignés sont l'existence d'une plaie traumatique pour 33%, d'un eczéma aigue pour 21 %, d'un intertrigo interorteil pour 16%, la dépigmentation artificielle pour 15%, d'un prurigo par piqure d'insecte pour 13%, d'un traumatisme négligé pour 12 % et d'une escarre pour 3 %.

Des facteurs prédisposants généraux sont retrouvés dans la majorité des cas : 72% des patients de notre étude présentaient au moins un de ces facteurs. L'obésité était le facteur de risque général le plus fréquent. La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien a été observée chez 26% de nos cas. Les produits cosmétiques dépigmentants ont été utilisés chez 17 patients soit 15% de nos cas (Figure 5).

Sur le plan thérapeutique, tous nos patients ont été mis sous une antibiothérapie soit 90% sous Amoxicilline-acide clavulanique (50 à 80 mg/kg/j) et 10% association Amoxicilline-acide clavulanique et Métronidazole (30 à 40 mg/kg/j). La durée du traitement chez nos patients était entre 8-14 jours soit 66%.

L'évolution chez nos patients est favorable dans 95% des cas. Cependant, 9 patients présentaient une abcédation au cours de l'évolution soit 15%, 2 cas de nos patients soit 3% ont nécessité un acte chirurgical pour une fasciite nécrosante et 1 cas soit 2% s'est compliqué de récurrences.

## DISCUSSION

Les aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs et les facteurs de risque de l'érysipèle ont été recueillis chez les 61 patients que nous avons recensés dans cette étude. L'âge moyen était estimé à 40 ans avec des extrêmes de 1 et 73 ans, ce qui est conforme aux travaux de Kanouté et de Pitché [7, 13]. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des 26 à 50 ans, ce qui représente la population la plus

active, plus exposées aux microtraumatismes qui sont des portes d'entrée potentielles des germes.

Dans notre étude, le sexe féminin était le plus représenté avec 60,7% avec unsex-ratio de 0,6. Cette prédominance du sexe féminin a été rapportée par des travaux antérieurs [11, 14, 15, 16] et pourrait être en rapport avec l'utilisation de la dépigmentation artificielle.

Dans notre série la ménagère était la plus représentée avec 42,6% ce qui est en rapport avec les données de KANOUTE [7] avec 39,5% de ménagère. La ménagère de par ses activités quotidiennes serait plus exposée à certaines affections comme les intertrigos inter-orteils, qui représentent une part importante des portes d'entrée potentielles des germes.

Sur le plan clinique, la recherche d'une porte d'entrée est indispensable lors de toute prise en charge d'érysipèle, dont elle constitue le principal facteur de risque de récurrence [17]. Elle est mise en évidence pour plus de 85 % des cas dans l'étude Dupuy et col [18].

Dans notre série, une porte d'entrée a été retrouvée dans 88,5 % des cas représentant ainsi le facteur local régional le plus incriminé. Ce résultat est inférieur au taux de 93% observée par KANOUTE [7] au Mali.

La fièvre est un signe clinique très fréquent dans l'érysipèle [10, 11, 12, 18] et constitue même un critère de définition de l'érysipèle.

Dans la série KANOUTE [7], la fièvre est retrouvée chez 48,5% des patients et les frissons chez 80,4%. Dans notre série une température supérieure ou égale 38°C est retrouvée chez 87% des patients et les frissons chez 10% des patients. Les signes locaux (tableaux I) sont caractérisés par l'apparition d'un placard érythémateux chaud, œdématisé et douloureux qui s'étend rapidement en 4 à 5 jours pour disparaître 8 à 15 jours [3, 19]; dans les formes typiques, ses bords sont nets avec au visage un bourrelet périphérique caractéristique [3].

La présence de bulles est fréquente, 23% des patients de notre série, 31,52% des patients dans l'étude de Karine [11] et corrélée à l'intensité de l'œdème et à la tension cutanée [3]. Le purpura serait favorisé par l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [12, 19]. Dans notre série, 38 % des patients n'ont ni purpura, ni bulles et 3% présentent des formes compliquées de fasciite.

Une adénopathie a été retrouvée chez 66% de nos cas, ce résultat est inférieur au taux de 75% rapporté par KANOUTE [7] au Mali et par contre PITCHE [13] rapporte la présence de l'adénopathie chez 48% de ses patients.

Sur le plan paraclinique, l'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles est fréquente au cours de l'érysipèle comme décrit dans plusieurs études [7, 13].

L'érysipèle est une maladie fréquente dont certains facteurs de risque sont désormais bien identifiés. L'obésité est retrouvée comme facteur général favorisant chez 28 % des patients [16]. D'autres antécédents sont cités comme facteurs favorisants, à savoir les pathologies cardio-vasculaires chez 28 % des patients ainsi que les

antécédents de néoplasie, le diabète et l'alcoolisme chez 11 % des patients.

Dans notre étude, les facteurs prédisposant sont l'obésité (23%) suivi du tabagisme (21,3%) puis du diabète (9,8%).

La prise préalable d'agents anti-inflammatoires non stéroïdiens existe chez 26% de nos patients. Ce taux est inférieur à celui observé par KANOUTE [7] avec 57,7% et supérieur à ceux trouvés par CISSE et col [4], et Larivière et col [16] avec respectivement 11,8%; 1,8% et 11%.

Les terrains favorisants les plus souvent identifiés et qui ressortent de l'étude de plusieurs séries de littérature sont (tableau II): l'existence d'une porte d'entrée, un terrain vasculaire d'insuffisance veineuse ou de lymphoedème, l'antécédent de fracture ou de chirurgie du membre inférieur.

Dans notre enquête, les facteurs locaux désignés sont l'existence d'une plaie traumatique pour 33%, d'un eczéma aiguë pour 21 %, d'un intertrigo inter orteil pour 16%, d'un prurigo par piqure d'insecte pour 13%, la dépigmentation pour 15%, d'un traumatisme négligé pour 12 % et d'une escarre pour 3 %. Ces résultats sont inférieurs à ceux observés par KANOUTE [7] avec respectivement le traumatisme (48%), l'intertrigo inter orteil (45%), l'eczéma aiguë (21%) et la dépigmentation (19%).

Dans notre série les membres inférieurs étaient les plus touchés (93,4%), la jambe gauche seule dans 47% des cas suivi de la jambe droite 46% et du membre supérieur. DUPUY [18] rapporte aussi une atteinte prédominante au membre inférieur droit avec 51%. Cette fréquence élevée de l'atteinte des membres inférieurs a déjà été rapportée par plusieurs auteurs [10, 11].

La prise en charge de l'érysipèle est le plus souvent ambulatoire, comme le montre l'étude de Larivière et col [17] dans laquelle seuls 7 à 9% des cas étaient hospitalisés.

La pénicilline G est l'antibiotique de référence du traitement de l'érysipèle selon plusieurs études [20, 21]. L'obtention de l'apyrexie et l'amélioration des signes locaux autorisaient le relais oral.

L'Amoxicilline est l'antibiothérapie orale préconisée en prise en charge ambulatoire. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, le choix se porte sur la pristinamycine.

Dans notre série, l'Amoxicilline associée à l'acide clavulanique a été le traitement de première intention et l'association avec le Métronidazole en deuxième intention pour son activité sur les bactéries anaérobies résistantes aux bêta-lactamines.

L'évolution était favorable dans 95% des cas. Les complications dans notre étude (15% des cas) étaient représentées essentiellement par les abcès, la fasciite nécessitant alors, dans ce dernier cas, une prise en charge chirurgicale (3% des cas) et les récurrences sont rares (2% des cas). Dans les différentes séries de la littérature, les principales complications étaient soit une localisation septique à distance; arthrite [21] soit la décompensation d'un terrain débilité [2, 22]. Les abcès compliquent 5,6% à 7,4% des érysipèles dans la littérature [21, 22].

## CONCLUSION

L'érysipèle de jambe une infection cutanée fréquente, dediagnostic essentiellement clinique. Il s'agit d'une urgence médicale caractérisée par un tableau clinique assez bruyant qui nécessite une prise en charge précoce. Dans notre étude, il ressort que les facteurs de risque locaux ont été dominés par les plaies traumatiques, l'eczéma aigu et les intertrigos inter-orteils et que les facteurs de risque généraux étaient dominés par l'obésité, le tabagisme et la dépigmentation artificielle. Pour une bonne prise en charge de l'érysipèle il est indispensable de bien maîtriser les facteurs de risques locaux et généraux pour éviter les complications qui peuvent être une abcédation, une fasciite ou une récurrence.

**REFERENCES :**

- 1- Barrière H., Litoux P., Bareau C. Les érysipèles des membres inférieurs. Arch. Med. Ouest. 1977; 9: 675-687.
- 2- Crickx B et al. Érysipèle : épidémiologiques ; cliniques et thérapeutiques (111 observations). Ann.DermatolVenereol 1991 ; 118 :11-16.
- 3- Vaillant L. Critères diagnostiques de l'érysipèle Ann DermatolVenereol 2001; 128 :326-33.
- 4- Cissé M., Keita A., Traoré A., Camara A., Machel L., Lorette G. Bacterial dermohypodermatitis: a retrospective single center study of 244 cases in Guinea Ann DermatolVenereol 2007 ; 134 : 748-751
- 5- Kawtar Z. Recherche de facteurs de risque d'un premier épisode d'érysipèle de jambe (Etude cas-témoins prospective) ; faculté de médecine et de pharmacie-RABAT: 2010thèse N°: 121.
- 6- Bernard P, Chosidow O, Vaillant L. French Erysipelas Study Group. Oral pristinamycin versus standard penicillin regimen to treat erysipelas in adults: randomised, non-inferiority, open trial. BMJ 2002. 325(7369):864.
- 7- Kanoute M A. Etude des facteurs de risque de l'érysipèle en consultation dermatologie au CNAM ; faculté de médecine et d'odontostomatologie Bamako Mali : 2014-2015 ThèseN°:15 M 135.
- 8- Guiot F, Lachapepelle J M. Erysipèle et fasciite nécrosante Louvain Med.2002 ; 121 :107-16.
- 9- Edouard B. Érysipèle, dermohypodermes bactériennes et fascistes nécrosantes ; EMC Dermato 2013 98-335-A-10.
- 10- Hammidi S. L'érysipèle l'expérience du service de dermatologie (à propos de 113 cas) ; faculté de médecine et pharmacie Fès; Année 2015Thèse N° 094/15.
- 11- Karine L. Prise en charge de l'érysipèle en médecine générale à propos 460 patients de Loire atlantique et vendée faculté de médecine NANTES Année: 2004 thèse N°:39.
- 12- P Bernard, L Risse, JM Bonnetblanc. Traitement des dermo-hypodermes aigues bactériennes de l'adulte par la pristinamycine : étude ouverte chez 42 malades AnnDermatol.Venereol 1996 ; 123 :16-20.
- 13- Pitché P, Diatta B, Faye O. Facteurs de risques associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins. Ann DermatVenereol 2015 ; 143 Suppl1.p S21.

- 14- Chakroun M. Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'érysipèle des membres inférieurs en Tunisie. Rev Tun Infectiol, 2007[Vol 1, Supplément N°1,1- 110].
- 15- Bonnetblanc J.M., Bedane C. Erysipelas: recognition and management Am. J. Clin. Dermatol. 2003; 4(3): 153-63.
- 16- Larivière D, A Blavot-Delepine, B Fantinl, ALeFort.Prise en charge de l'érysipèle en médecine générale. RevMed Int 2011;32:730-5.
- 17- NtiniLébi Arsène. Evaluation de la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes de la ville de Marrakech faculté de médecine et de pharmacie Année : 2016 thèses N°: 154.
- 18- A Dupuy, H Benchikhi, JC Roujeau, P Bernard.Factures de risque d'érysipèle de jambe : une étude cas-témoin multicentrique AnnDermatolVenereol.1997 ; 124Suppl:13-4.
- 19- Foulc P, Barbarrot S, Stalder J F. infections cutanées bactériennes : impétigo, furoncule, érysipèle. Revue du praticien,1998 ;48:661-66.
- 20- Goettsch WG, BouwesBavinck JN, Herings RMC. Burden of illness of bacterial cellulitis and erysipelas of the leg in the Netherlands. JEADV 2006. 20(7):834-9.
- 21- Christmann D., Bernard P., Denis F., Dupon M., Kopp M, Meyer P. et al. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante. Méd Maladie infectieuse 2000 ; 30 suppl. 4: 252-72.
- 22- D. Diédhiou, M.M.M. Leye, M. Touréet al.Dermohypodermes bactériennes à Dakar : Rétrospective de 194 cas suivis en médecine interne à la clinique médicale II Rev .CAMES SANTE Vol.1 N°1, juillet 2013.

**Tableau I : Tableau récapitulatif des séries selon les signes locaux**

Signes locaux(%)	Chakroun et al (Tunisie) [14]	M. Ntinilebi arsène (Marrakech) [17]	M. Abdoulaye Kanoute (Mali) [7]	Notre série
Placard érythémato-oedémateux	100	100	100	100
Douleur locale	100	77.2	100	100
Adénite satellite	37.2	60.5	66	75
Bourrelet périphérique	1.8	46.5	-	-
Lymphangite	39	35.1	-	-
Bulles à contenu clair	9.2	19.3	15	23
Lésions nécrotiques	-	14.9	20	6
Purpura pétéchial	8.1	13.2	59.7	33
Bulles hémorragiques	-	10.5	-	-

**Tableau II : Tableau comparatif des différents résultats des études selon les facteurs locorégionaux.**

Facteurs locorégionaux (%)	M.Ntin ilebi Arsène (Marra kech) [17]	Chak roun et al (Tuni sie) [14]	Lari vièr e et al (Fra nce) [16]	M.Abdo ulayeK anoute (Mali) [7]	Not re séri e
Plaie du membre	78.9	43	-	47	33
Intertrigo inter orteil	72.8	60.4	-	44	16
Ulçère de Jambe	62.3	-	20	-	-
	36.0	50.8	48	4	-
Insuffisanc e veineuse chronique					
Lymphoed ème	28.9	-	33	-	-
ATCD de chirurgie du membre	-	58.2	17	-	-
Eczéma	-	-	-	21	21
Dépigment ation	-	-	-	19	15



Figure 1 : Erysipèle de la jambe chez un nourrisson.



Figure 2 : Erysipèle de l'avant bras.

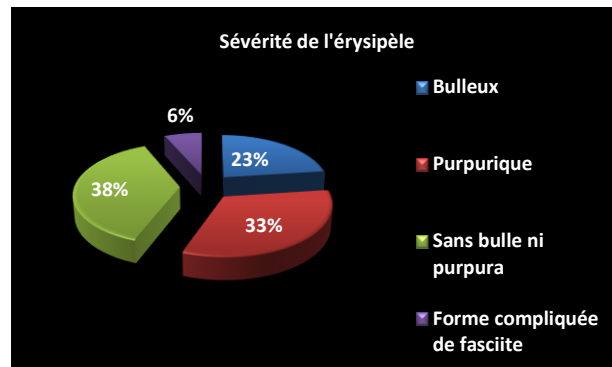


Figure 3 : Répartition de la population selon la sévérité de l'érysipèle

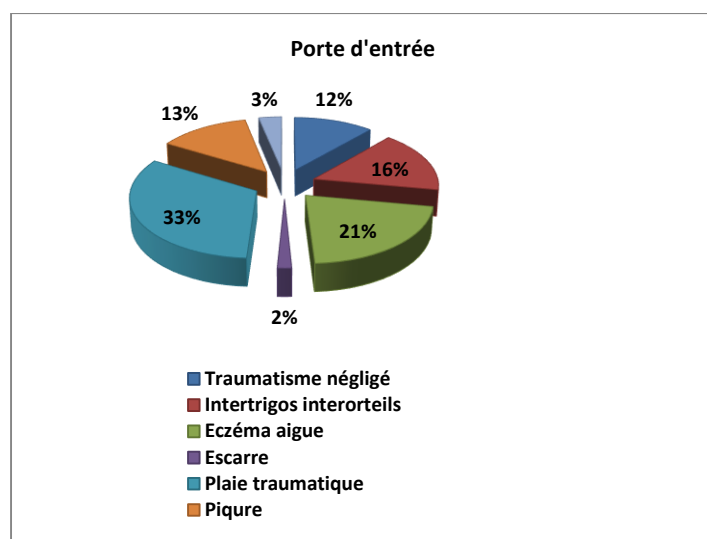


Figure 4 : Répartition de la population selon la porte d'entrée



Figure 5 : Erysipèle de la jambe sur terrain de dépigmentation artificielle.