

Présentation atypique d'un érysipèle de la face à porte d'entrée dentaire **Atypical presentation of facial erysipelas with a dental aetiology**

Ndour N^{1*}, Seck SN², Wade NF¹, Ba M¹, Guèye M¹, Gaye A¹

¹ Service de dermatologie et de médecine interne, Centre Hospitalier National Cheikh Ahmadoul Khadim, Touba, Sénégal

² Service d'Accueil des Urgences (SAU), Centre Hospitalier National Cheikh Ahmadoul Khadim, Touba, Sénégal

***Auteur correspondant :** N Ndour, Service de dermatologie et de médecine interne, Centre Hospitalier National Cheikh Ahmadoul Khadim, BP : 22300-Touba, Sénégal, adresse e-mail : ndourniar0@gmail.com, Tél : 00221771376811

Résumé

La localisation faciale de l'érysipèle est une entité rare. Nous rapportons un cas d'érysipèle bilatéral de la face posant un problème de diagnostic différentiel avec plusieurs autres pathologies. Il s'agissait d'un homme de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait un œdème aigu du visage faisant suite à une blessure récente au niveau d'une de ses dents. L'examen de la peau montrait une tuméfaction érythémateuse de la face intéressant, de façon bilatérale, les joues, le nez, la partie supra-labiale, la lèvre supérieure et les paupières qui sont œdématiées, épargnant le front. Plusieurs diagnostics étaient évoqués dont un angio-œdème, un lupus cutané aigu, une dermatomyosite, une staphylococcie maligne de la face, la cellulite cervico-faciale d'origine dentaire et la néphropathie glomérulaire. Le diagnostic d'érysipèle bilatéral de la face a été retenu et le patient était traité par antibiothérapie avec une bonne évolution clinique et biologique.

Mots clés : érysipèle, œdème aigu, Visage

Summary :

Erysipelas affecting the face is a rare condition. We report a case of bilateral facial erysipelas presenting a challenge in terms of differential diagnosis with several other conditions. The patient was a 60-year-old man with no significant medical history, who presented with acute facial oedema following a recent injury to one of his teeth. Examination of the skin revealed erythematous swelling of the face affecting, bilaterally, the cheeks, nose, area above the lips, upper lip and eyelids, which were oedematous, whilst the forehead was spared. Several diagnoses were considered, including angioedema, acute cutaneous lupus, dermatomyositis, malignant staphylococcal infection of the face, dental-related cervico-facial cellulitis and glomerular nephropathy. A diagnosis of bilateral erysipelas of the face was made, and the patient was treated with antibiotics, showing a favourable clinical and laboratory response.

Key words: erysipelas, acute oedema, face

INTRODUCTION

L'érysipèle est une infection aiguë du derme et de l'hypoderme essentiellement due au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Le membre pelvien, en particulier la jambe, constitue la localisation la plus fréquente [1]. Plus rarement, il siège au niveau de la face mais avec une topographie unilatérale. Nous rapportons un cas d'érysipèle bilatéral de la face posant un problème de diagnostic différentiel avec plusieurs autres pathologies.

OBSERVATION

Un patient âgé de 60 ans était reçu aux urgences de l'hôpital pour un œdème aigu du visage qui évoluait depuis 3 jours dans un contexte de fièvre sans frissons ni sueurs et une notion de polyurie et polydipsie. Il n'avait aucun antécédent pathologique connu, en dehors d'une extraction de la vingt-troisième dent qui correspond à la canine supérieure gauche, il y a 4 ans et une notion de blessure récente à la suite de manœuvre d'extraction manuelle de la dent restante qui occasionnait une gêne régulièrement.

À l'examen, le patient avait un état général modérément altéré, mais la conscience était claire avec un score de Glasgow à 15/15. Il présentait une fièvre à 39°C, une tachycardie à 104 battements par minute, une hyperglycémie à 5 g/l à la prise de glycémie capillaire, une cétonurie à 4 croix et une glycosurie à 2 croix aux bandelettes urinaires.

L'examen dermatologique montrait une tuméfaction érythémateuse, douloureuse, d'aspect luisant, localisée sur la lèvre supérieure, le nez, la partie supra-labiale, les joues et les paupières de façon bilatérale et symétrique. On notait aussi des lésions ulcéro-croûteuses au-dessus de la lèvre supérieure remontant vers le nez (**Figure 1A**). Le reste de l'examen clinique était normal, en particulier les champs pulmonaires et les voies aériennes supérieures étaient libres, l'abdomen était souple et indolore, les bruits du cœur étaient perçus réguliers sans bruits surajoutés.

Les examens biologiques réalisés en urgence montraient un syndrome inflammatoire biologique non spécifique avec une hyperleucocytose à 30 000/mm³ à prédominance neutrophile, une CRP positive à 427. La fonction rénale, l'ionogramme sanguin ainsi que le bilan lipidique étaient normaux. L'hémoglobine glyquée était à 15,2.

Le diagnostic de diabète décompensé sur le mode céto-acidosique par un érysipèle bilatéral de la face dont la porte d'entrée éventuelle est une blessure du moignon de la canine supérieure post extraction, était posé.

Le patient était hospitalisé, dans un premier temps, au service des urgences où il avait reçu une insulinothérapie par de l'insuline rapide au pousse seringue électrique, associée à une réhydratation et une antibiothérapie à base de ceftriaxone 2 g/j en intraveineux. Une dose de 12 mg de dexaméthasone injectable y était également administrée. Une surveillance horaire de certains paramètres était instaurée notamment la température, la glycémie capillaire, la bandelette urinaire, la diurèse, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire.

L'évolution était marquée, par une négativation de la glycosurie à la troisième heure et une négativation de la cétonurie après 10 heures de traitement. Par la suite, le patient était transféré en médecine interne où le traitement était poursuivi comprenant une insulinothérapie, une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique, une réhydratation et un régime de type diabétique.

Après 72 heures de traitement, on notait une apyrexie stable, une normalisation des chiffres glycémiques ; puis le patient a été envoyé en odontologie où la dent restante a été extraite après une radio panoramique dentaire (**Figures 2A et 2B**).

Au septième jour de traitement, l'évolution était favorable marquée une nette diminution des signes inflammatoires locaux et une régression de l'œdème des paupières et une desquamation superficielle (**Figure 1B**). Le syndrome inflammatoire biologique avait nettement diminué. Ce qui avait nécessité la sortie du patient de l'hôpital avec poursuite du traitement en ambulatoire.

L'évolution ultérieure était marquée par une régression totale des signes inflammatoires locaux et du syndrome inflammatoire biologique.

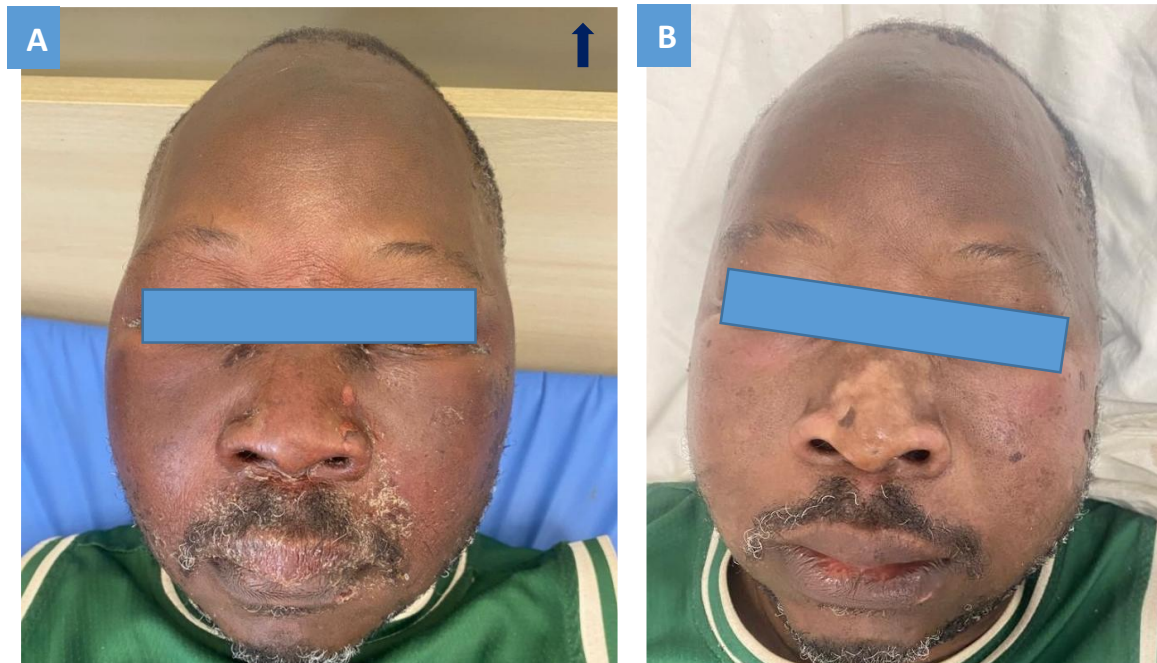


Figure 1 : Tuméfaction aigue inflammatoire bilatérale de la face **A)** Présentation initiale **B)** Évolution favorable après 7 jours de traitement antibiotique.

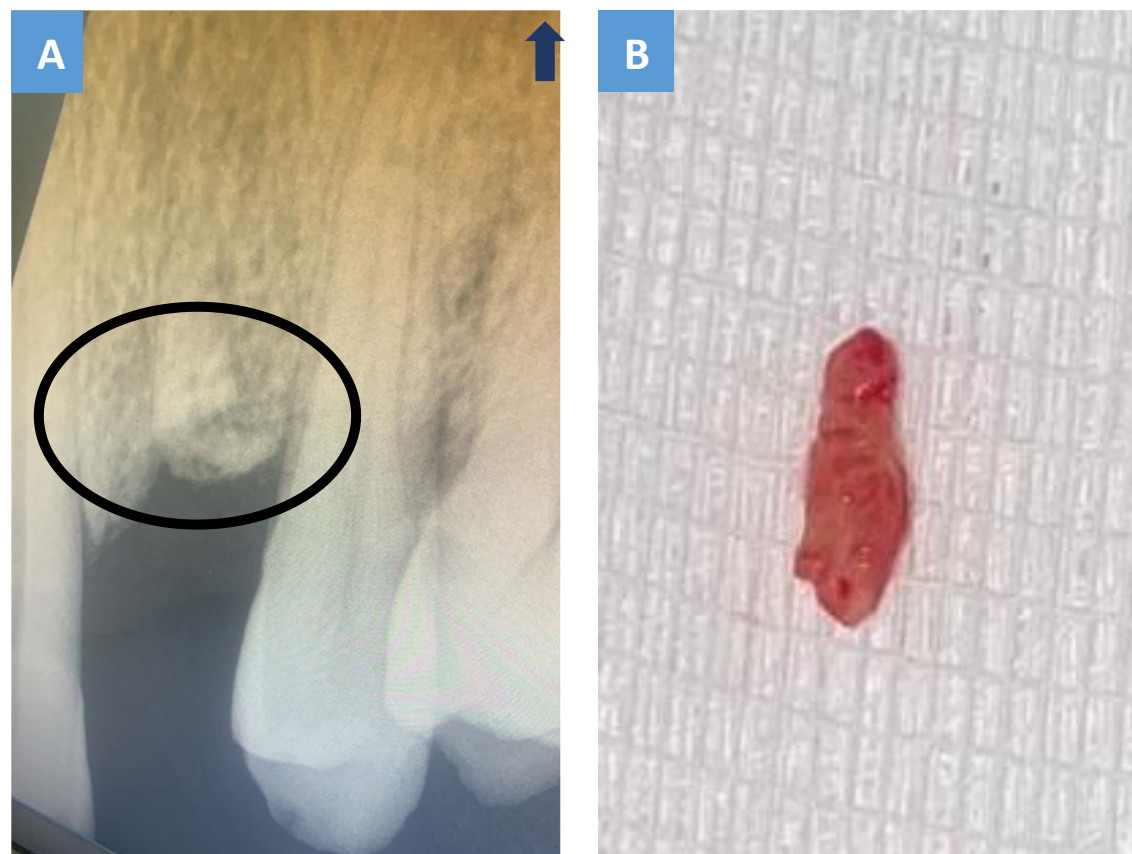


Figure 2 : **A)** Radio panoramique dentaire montrant le moignon de la canine restante. **B)** Partie de la dent restante extraite

DISCUSSION

L'érysipèle est une infection bactérienne de la peau siégeant principalement au niveau du membre pelvien dans plus de 80% des cas [1]. Le visage, représente la deuxième localisation, mais plus rare et représente 5 à 10% des cas [1]. La présentation clinique habituelle de l'érysipèle du visage est un placard inflammatoire, bien limité, le plus souvent unilatéral. Nous avons rapporté un érysipèle intéressant toute la face de façon bilatérale et symétrique atteignant les joues, le front, les paupières qui sont également œdématisées. Cette présentation atypique de l'érysipèle du visage sous forme d'œdème aigu, pose le problème de plusieurs diagnostics différentiels, dont les maladies immuno-allergiques et d'autres formes d'infections du visage en premier lieu. Les autres causes infectieuses telles que la staphylococcie maligne de la face, la cellulite cervico-faciale d'origine dentaire, le zona ophtalmique sont le plus souvent unilatérales intéressant une seule hémiface et les signes généraux sont plus sévères avec un risque élevé de complications [2].

Pour les pathologies immuno-allergiques, un angioœdème, quelle que soit l'étiologie, est une hypothèse qu'on peut évoquer à priori devant le caractère aigu de l'œdème et sa topographie bilatérale. Ce qui, dans notre observation, aurait poussé les médecins des urgences à administrer une dose de dexaméthasone injectable à l'admission du patient. Cependant, l'absence de quelques caractéristiques cliniques rend ce diagnostic peu probable. Il s'agit du caractère inflammatoire de l'œdème qui n'est pas retrouvé au cours de l'angioœdème et l'absence de lésions d'urticaire superficielles associées qui n'est pas en faveur d'un angioœdème histaminique [3]. Les réactions de contact allergiques ou irritatives peuvent également être confondues avec cette présentation de l'érysipèle de la face [4]. Dans notre observation, ces diagnostics ont été éliminés d'une part, devant l'absence de produits suspects appliqués par le patient, et d'autre part, par l'absence de signes caractéristiques évocateurs tels que des lésions vésiculeuses prurigineuses ou nécrotiques. Aucun test allergologique, ni biopsie n'ont été réalisés.

Également, la néphropathie glomérulaire est une cause fréquente d'œdème du visage pouvant être évoquée devant une tuméfaction de la face [5]. Cependant, un certain nombre de caractéristiques cliniques différencient ces

deux pathologies notamment le caractère inflammatoire de l'œdème et le contexte fébrile observé au cours de l'érysipèle qui ne sont pas notés dans la néphropathie glomérulaire. De même, le caractère permanent et non déclive de l'œdème du visage et l'absence d'œdème des membres inférieurs de type rénal corrélée à la négativation de la bandelette urinaire, observés dans notre cas, sont des éléments en défaveur d'une néphropathie glomérulaire [5].

Certaines maladies auto-immunes à expression cutanée telles que le lupus aigu, la dermatomyosite peuvent également être évoquées devant l'œdème du visage, mais l'absence de spécificité de l'érythème, en particulier, l'aspect en vespertilio pour le lupus et le caractère l'iliacé et la prédominance périorbitaire de l'œdème pour la dermatomyosite, mais aussi l'absence de manifestations systémiques évocatrices notamment articulaires, musculaires, cardiovasculaires, rénales, permettent d'écarter ces diagnostics.

La porte d'entrée de l'érysipèle de la face est, généralement cutanée ; ce qui pourrait expliquer le caractère souvent unilatéral de cette forme clinique. Plus rarement, la porte d'entrée est d'origine dentaire. Dans une étude portant sur 18 cas d'érysipèles de la face, une porte d'entrée cutanée était notée dans 71,5 % des cas contre 28,5% des cas pour la porte d'entrée dentaire [6]. Dans notre observation, la porte d'entrée était dentaire par un traumatisme sur un résidu d'une dent incomplètement extraite. La nature de la dent atteinte qui est l'incisive supérieure gauche pourrait expliquer le caractère bilatéral de l'atteinte de la face. En effet, la position médio-faciale de la porte d'entrée pourrait expliquer une extension centrifuge dans les deux côtés de la face. Aucun prélèvement local, dans le but d'isoler le germe causal n'a été effectué dans notre observation. Toutefois, en ce qui concerne la porte d'entrée dentaire, l'infection est le plus souvent polymicrobienne et on retrouve aussi bien des germes aérobies qu'anaérobies.

Le diabète a été le terrain favorisant l'érysipèle dans notre observation. Le diabète étant l'un des facteurs de risque généraux les plus courants, sans doute du fait de sa forte prévalence, doit être recherché chez tout patient présentant un érysipèle, d'abord par la réalisation d'une glycémie capillaire au moment du diagnostic qui sera complétée par une glycémie à jeun. Tout retard de prise en

charge thérapeutique de l'érysipèle sur ce terrain de diabète, expose à la survenue de complications dont la dermohypodermite nécrosante, mais aussi la décompensation aigüe du diabète en tant que tel, qui peuvent engager le pronostic vital du patient. Ce qui témoigne de la gravité de ce tableau sur ce terrain. De même, la prise de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, généralement à visé antalgique et souvent en automédication, augmente le risque de complications à type de dermohypodermite nécrosante [7].

Le traitement repose sur une antibiothérapie probabiliste visant le streptocoque et/ou le staphylocoque et repose sur les bêta-lactamines en première intention pour une durée, en générale, de 7 jours [8]. Cette famille de médicaments a été utilisée dans notre cas et avait permis une bonne évolution.

CONCLUSION :

La topographie de l'érysipèle au niveau de la région faciale est une forme clinique moins fréquente. Le caractère bilatéral, réalisant un œdème aigu du visage, est une présentation atypique posant un problème de diagnostic différentiel avec plusieurs pathologies dont les maladies immuno-allergiques. Il s'agit d'une localisation grave car pouvant évoluer vers des complications redoutables en l'absence de prise en charge adéquate. Il faut donc y penser devant toute tuméfaction aiguë du visage et démarré le traitement antibiotique le plus rapidement possible.

CONFLIT D'INTÉRÊT : les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêts à rapporter

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Conceptualisation : N Ndour, N F Wade ; prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient : N Ndour, SN Seck, NF Wade, M Ba, M Guèye, A Gaye ; rédaction: Ndour N, Wade N F

RÉFÉRENCES

1. Amal S, Houass S, Laissaoui K, Moufid K, Trabelsi M. Érysipèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech (100 observations). *Médecine Mal Infect.* Elsevier; 2004;34:171-6.
2. Couturier B, Goffard J-C, Vandergheynst F, Cogan E, Josselin L. Œdème facial matinal, insuffisance rénale et anémie: petite cause, grands effets. *Rev Med Interne.* 2015;36:55-8.
3. Bocquet A, Hoarau C, Carriat L, Bouillet L, Guez S, Boccon-Gibod I, et al. L'angioœdème à travers les âges : considérations pratiques. *Rev Fr Allergol.* 2025;65:104583.
4. Almheirat Y, Elyamani L, Hormi O, Zerrouki N, Dikhaye S, Zizi N. Un eczéma de contact déformant le visage. *Rev Fr Allergol.* Elsevier; 2024; 64:103874.
5. McCloskey O, Maxwell AP. Diagnosis and management of nephrotic syndrome. *Practitioner.* 2017;261:11-5.
6. Rouatbi J, Fetoui NG, Belkahla M, Mokni S, Amina A, Ghariani N, et al. Profil épidémioclinique et évolutif des érysipèles de la face. *Rev Med Interne.* 2022;43:A467.
7. Tablit, I. Érysipèle : une infection courante potentiellement dangereuse. Mise au point diagnostique et thérapeutique. *Algerian. J. Med. Health Res.* 2025;3 (4): 124-137.
8. Blum C-L, Menzinger S, Genné D. Erysipèle: manifestations cliniques et prise en charge. *Rev Med Suisse.* 2013;9:1812-5.