

Erysipèle de jambe du nourrisson: Une observation dans l'unité dermatologie de l'hôpital régional de Gao (mali).**Infant Leg Erysipèle: An Observation in the Dermatology Unit of the regional hospital of Gao (MALI)**

Sissoko M¹, Keita L², Diakite M¹, Dao AK¹, Guindo H¹, Conare I¹, Faye O².

1-Hôpital régional de Gao, Mali.

2-CNAM, Bamako, Mali

Auteur Correspondant : Dr Madou Sissoko Dermatologue praticien à l'hôpital de Gao,

Email : msissoko28@yahoo.fr

Résumé :

L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante, affectant le plus souvent les membres inférieurs. Les facteurs favorisant sa survenue sont l'existence d'une porte d'entrée (plaies traumatiques négligées, intertrigo), le lymphœdème, l'obésité et la dépigmentation volontaire. La complication la plus fréquente est la récurrence. Les autres complications incluent notamment abcédassions, la fasciite et les bactériémies. Nous rapportons une première observation malienne d'érysipèle chez un nourrisson de 8 mois, de sexe féminin, amené en consultation dans l'unité dermatologique de l'hôpital régional de Gao pour l'installation brutale d'une grosse jambe rouge plus notion de fièvre et de frissons. Le diagnostic a été porté devant une tuméfaction du membre inférieur droit rouge, chaude et douloureuse surmontée de bulles tendues associée à une adénopathie inguinale et une leucocytose à l'hémogramme. Un traitement à base d'antibiotique associé à un pansement et le repos a été instauré. L'évolution a été émaillée par la disparition des lésions en dix jours. Le diagnostic positif est fondé sur la clinique renforcé par la recherche de l'origine streptococcique.

Mots clés : Erysipèle/Nourrisson/Gao

Abstract :

Erysipelas is a non-necrotizing acute bacterial dermohypodermatitis, most often affecting the lower limbs. Factors favoring its occurrence are the existence of a portal of entry (neglected traumatic wounds, intertrigo), lymphoedema, obesity and voluntary depigmentation. The most common complication is recurrence. Other complications include abscess, fasciitis and bacteremia. We report a first Malian observation of erysipelas in an 8-month-old female infant, brought to a consultation in the dermatological unit of the Gao Regional Hospital for the brutal installation of a large red leg plus notion of fever and chills. The diagnosis was made with swelling of the red, hot and painful lower right limb with tense bullae associated with inguinal lymphadenopathy and leukocytosis at the hemogram. An antibiotic-based treatment associated with a dressing and rest was instituted. The evolution was enameled by the disappearance of the lesions in ten days. The positive diagnosis is based on clinic strengthened by research of streptococcal origin.

Key words: Erysipelas / Infant / Gao

Introduction

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë bactérienne focale non nécrosante due le plus souvent au streptocoque β -hémolytique du groupe A, atteignant dans 80% des cas le membre inférieur mais pouvant affecter n'importe quelle partie du corps, notamment le visage [1, 2]. Il touche majoritairement les adultes après 40 ans avec un sex ratio d'environ 1/1 [3]. L'incidence de l'affection est estimée à 9 cas/100 000 par an et plutôt en augmentation [2]. C'est une maladie grave,

de par ses complications qui peuvent être létales ou le cas échéant exposent le patient à des séquelles invalidantes. Nous rapportons un cas original par son âge de survenue, et surtout rarement rapporté dans la littérature.

Observation :

Un Nourrisson de 8 mois, de sexe féminin, deuxième enfant d'une fratrie de deux, domicilié à Tamanrasset, était amené par ses parents en consultation pour l'installation brutale d'une grosse jambe rouge et une notion fièvre et de frissons.

L'anamnèse a retrouvé une grossesse bien suivie et menée à terme, un accouchement par voie basse et une notion de microtraumatisme sur la jambe 3 jours avant le début des symptômes. L'examen général a montré un poids à 7kg800, une taille à 68cm, un périmètre crânien à 43cm, une température à 38,3°C, une fréquence cardiaque à 120 bt/mn et une

fréquence respiratoire à 35 cycle/mn. On a noté à l'examen cutanéomuqueux, une tuméfaction du membre inférieur droit rouge, chaude et douloureuse surmontée de bulles tendues à contenu clair (Figure 1). Cet aspect clinique est associé à une adénopathie inguinale droite sensible. Le reste de l'examen clinique était normal.



Figure 1

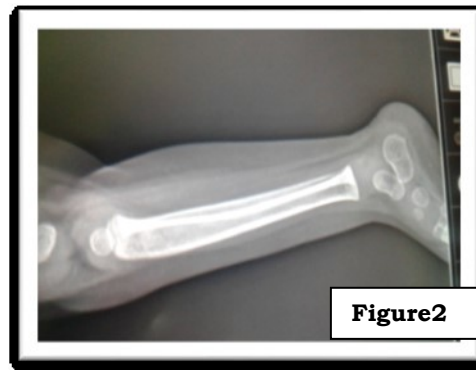


Figure 2

Figure 1: Erysipèle du membre inférieur droit caractérisé par une tuméfaction, un erythème et des bulles tendues de contenus claires.

Figure 2: aspect radiographique du membre inférieur droit normal.

Le bilan biologique a montré une leucocytose, une lymphocytose, une éosinophilie et une microcytose à l'hémogramme. Un bilan radiologique incluant la radiographie de la jambe et du pied droit était normal (Figure 2). Le diagnostic de l'érysipèle de jambe a été retenu sur la base des arguments cliniques. Devant ce tableau clinique un traitement symptomatique a été instauré associant une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline+acide clavulanique) par voie intraveineuse pendant 3 jours + le relais par la voie orale pendant 7 jours. Ce traitement était associé à un pansement quotidien par des antiseptiques. L'évolution a été marquée par la disparition des lésions.

Discussion

Il s'agit d'un cas intéressant car cette pathologie infectieuse est rarement rapportée dans la littérature chez le nourrisson. L'âge moyen de survenu de l'érysipèle en Europe est plus élevé par rapport à celui observé en Afrique noire. En Afrique noire, l'érysipèle atteint en

général l'adulte jeune de 35 à 40 ans, de sexe féminin surtout [4]. L'infection est favorisée par des facteurs locorégionaux offrant une brèche dans la barrière cutanée, tels que les microtraumatismes, piqûre d'insecte, intertrigo. Des conditions systémiques peuvent également contribuer au développement de l'affection, ou toutes pathologies entraînant des œdèmes des membres inférieurs [2, 5, 6]. L'érysipèle des membres inférieurs et surtout des jambes reste la forme clinique la plus observée actuellement à travers le monde : 90 à 93 % des cas d'érysipèle selon les auteurs [7, 8]. Cliniquement elle se manifeste le plus souvent par un érythème circonscrit accompagné d'un œdème local et d'un état fébrile avec ou sans frissons. Le début est fréquemment brutal. La zone intéressée, douloureuse et chaude à la palpation, est marquée par une surélévation périphérique, surtout au niveau du visage. L'affection s'étend progressivement et des lésions bulleuses superficielles peuvent se développer, tout comme des lésions purpuriques. Des

adénopathies ainsi qu'un trajet lymphangitique peuvent être retrouvés, mais de manière inconstante [3]. L'évolution à court terme se fait généralement sans complication. Cependant dans certains cas, on note la survenue d'un abcès local, ou, plus rarement le développement d'une bactériémie. La complication la plus redoutée est une extension de la maladie sous forme de gangrènes gazeuses ou fasciites. Le diagnostic est avant tout clinique. Des examens complémentaires ne sont pas indiqués en pratique ambulatoire. Le laboratoire, si réalisé, montre en général un syndrome inflammatoire important avec une leucocytose qui peut être marquée. Le streptocoque β -hémolytique du groupe A et les streptocoques des groupes B, C et G sont reconnus comme responsables [9]. D'autres germes peuvent être retrouvés particulièrement le *Staphylococcus aureus* et *Haemophilus influenzae*. Le diagnostic différentiel avec une thrombophlébite étant parfois difficile à faire, un écho-doppler peut être réalisé [2]. La prise en charge de l'érysipèle doit être antistreptococcique. Les antibiotiques utilisables en première intention appartiennent à la famille des β -lactamines ; toutefois, l'utilisation de la pristinamycine est une alternative possible [10]. Le traitement de la porte d'entrée ne doit pas être oublié.

Conclusion

L'érysipèle est une infection cutanée aiguë atteignant le derme et l'hypoderme (dermohypodermite bactérienne non-nécrosante), rare chez le nourrisson, la maladie est observée le plus souvent chez l'adulte. Le diagnostic positif est fondé sur la clinique renforcé par la recherche de l'origine streptococcique. Ce dernier est en pratique difficile à confirmer.

La complication la plus fréquente est la récurrence. La pénicilline G ou l'ampicilline restent les traitements d'actualité.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

1. **Cattarala J, Roson B, Fernandez-sabé N et al.** Factors associated for infection cellulitis. Eur J clin microbiol infect dis 2003 ; 22 :151-7
2. **Daniel G, Camille-Laure B et Sébastien M.** Erysipèle : manifestations cliniques et prise en charge. Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1812-5
3. **Lipsky BA, Moran GJ, Napolitano LM, et al.** A prospective, multicenter, observational study of complicated skin and soft tissue infections in hospitalized patients: Clinical characteristics, medical treatment, and outcomes. BMC Infect Dis 2012; 12:227.
4. **Pitche P et Tchangaï-Walla K.** Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo) Bull Soc Pathol Exot 1997;90:189-191
5. **Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané BF, Sanagré A, Niamba P et al.** Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne: étude multicentrique cas-témoin. Ann Dermatol Venereol 2015; 142: 633-8.
6. **Société Française de Dermatologie, SPILF.** Érysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge. Med Mal infect. 2000; 30 (S4):252-72
7. **Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P, Vaillant, Chosidow O et al.** Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. BMJ. 1999 2012;318(7198):1591-4
8. **Lanoux P, Penalba C, Legin C et al.** L'érysipèle. A propos de 118 observations. Méd. Mal. Infect. 1993, 23, 908-912.
9. **Conférence de consensus** : erysipèle et fasciite nécrosante, Ann. Dermatol. Venereol, 2000, 127, 1118.
10. **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. Br Med J 2002; 325 : 864.