

4

LES CELLULITES, LES GANGRÈNES ET AUTRES INFECTIONS DERMATO- LOGIQUES GRAVES

Experts : F. CARPENTIER (Grenoble), V. DESCAMP (Paris - Bichat)

Animateurs : E. QUERELLOU (Brest) , D. HONNART (Dijon)

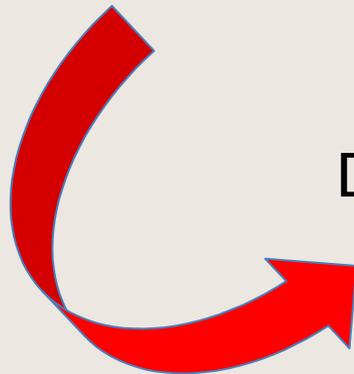
Rapporteur : D. PIC (Clermont-Ferrand)

Grande diversité des lésions, une sémiologie riche,

Connaissance de l'anatomie de la peau,

Données microbiologiques,

Examen clinique et Investigations paracliniques



Des algorithmes décisionnels appliqués à
l'urgence

Syndrome de défaillance cutanée :

Pertes d'eau, d'électrolytes et de protéines

Altération de la thermorégulation

Fièvre

Augmentation du débit cardiaque

Insuffisance rénale

Altération de l'immunité innée avec infections

Critères de tri par l'IAO :

Douleur,

Fièvre,

Lésion cutanée

Association devant être considérée
comme grave

Examen clinique :

Interrogatoire,

Examen dermatologique

Inspection

Peau ET muqueuses,

Patient entièrement déshabillé

Palpation,

Vitropression,

Friction (signe de Nikolski)

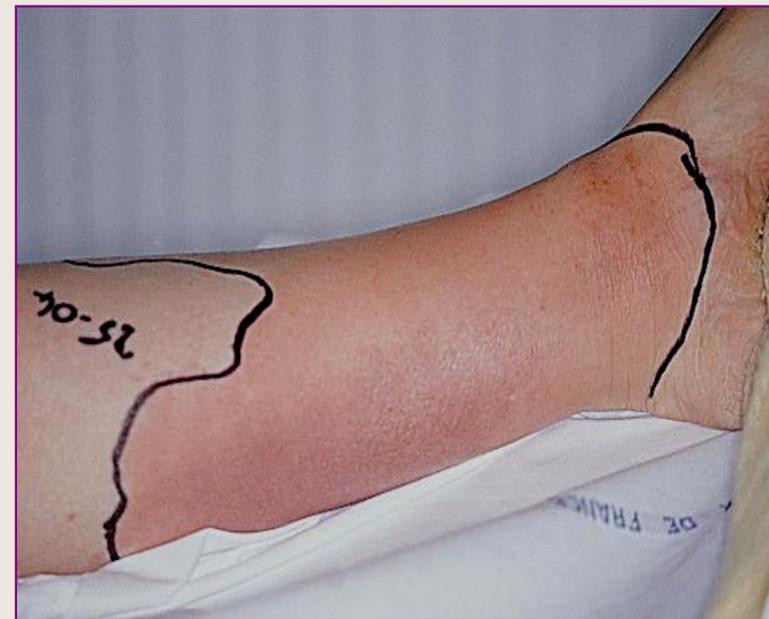
Grattage

Utilisation d'un feutre indélébile

Contour de la lésion,

Heure et date

Examen clinique complet



Explorations Dermatologiques :

Photographies,
Aspect initial et évolutivité

(Dermatoscopie),

Biopsies cutanées :

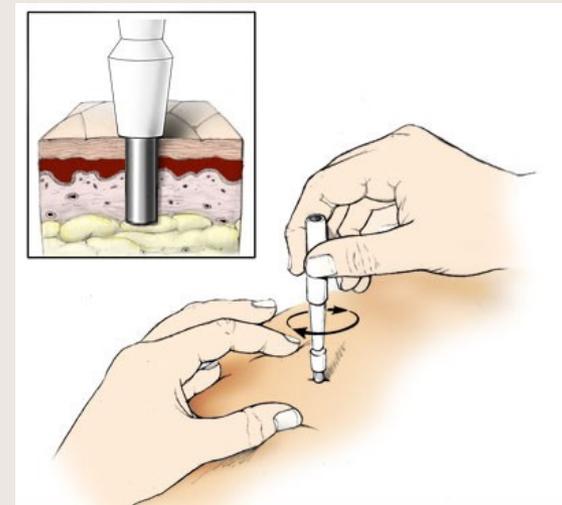
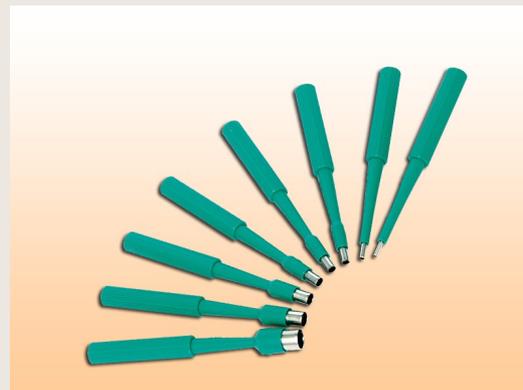
Au bistouri

 Pour les lésions profondes

Au punch (le plus souvent)

Choix du site de biopsie cutanée

Possibilité de cultures microbiologiques



Cytodiagnostic de Tzanck

Examen simple, rapide, spécifique mais moyennement sensible

Pour les lésions vésiculo-bulleuses ou érosives

Grattage au bistouri du fond de la lésion, étalement sur lame et coloration de May-Grünwald-Giemsa

Deux grands cadres:

- Dermatoses virales (groupe HSV-VZV)
- Dermatose bulleuse avec acantholyse (pemphigus)



Principales situations envisagées :

Purpura,

Nécrose Cutanée

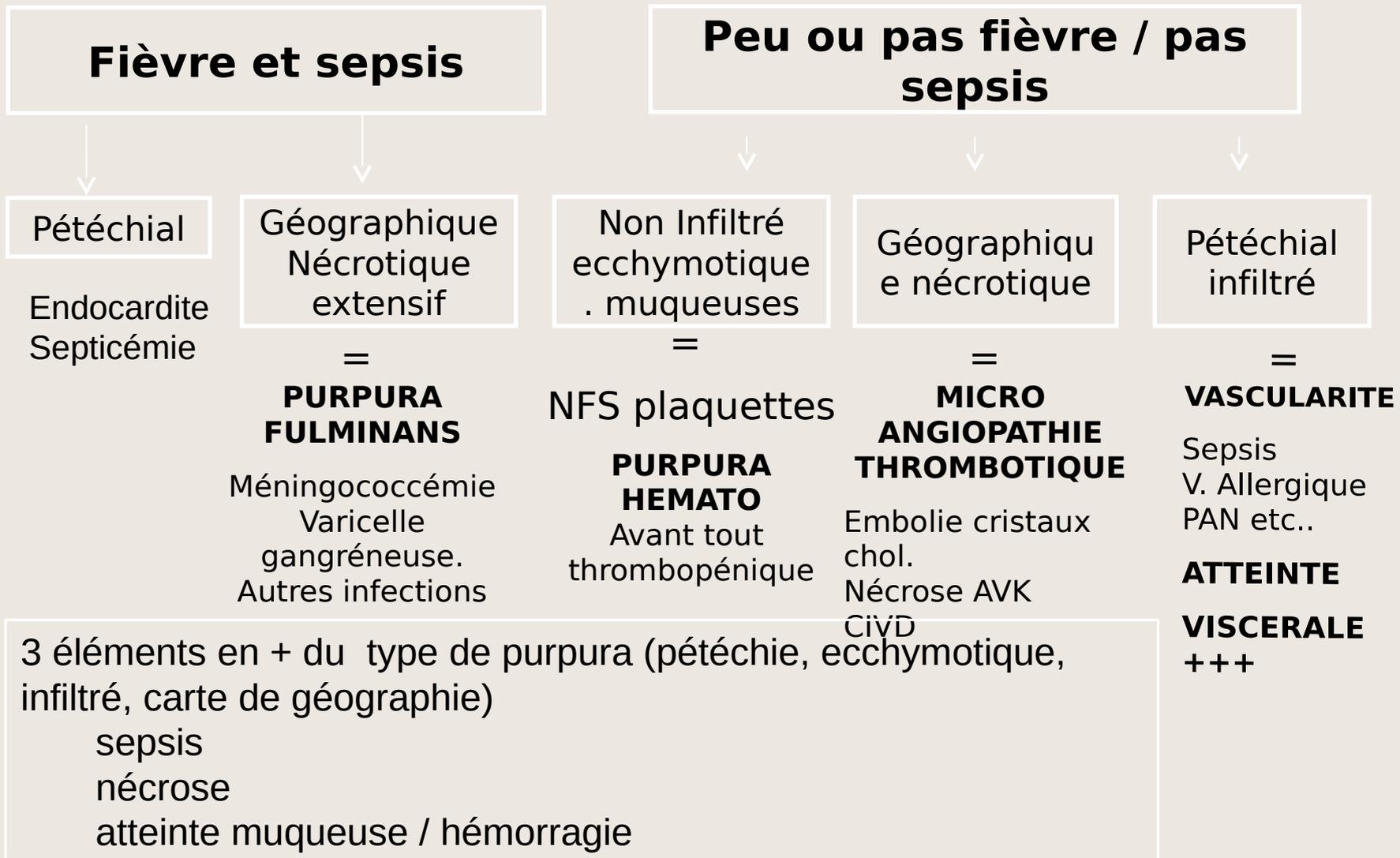
Eruption vésiculo-bulleuse

Œdème du visage

Urticaire et anaphylaxie

Dermohypodermes (érysipèles et fasciites nécrosantes)

ALGORITHME « PURPURA » AU SAU



Erysipèle: définition



- dermo-hypodermite bactérienne (DHB) aiguë non nécrosante
- origine principalement streptococcique
- le plus souvent localisée aux membres inférieurs
- processus toxi-infectieux avec une faible charge bactérienne à partir d'une simple brèche cutanée et s'étendant de proche en proche dans le derme profond et l'hypoderme

Erysipèle: bactériologie

- agent causal principal : Streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*)
- autres streptocoques : groupe G (*S. dysgalactiae*) du groupe C (*S. anginosus*) et du groupe B (*S. agalactiae*)
- plus rarement staphylocoques (*S. aureus*) ou BGN (*P. aeruginosa*)

Délimiter les lésions dès l'admission



Surveiller l'extension les lésions

Prendre des photos



Bilan paraclinique

Biologie

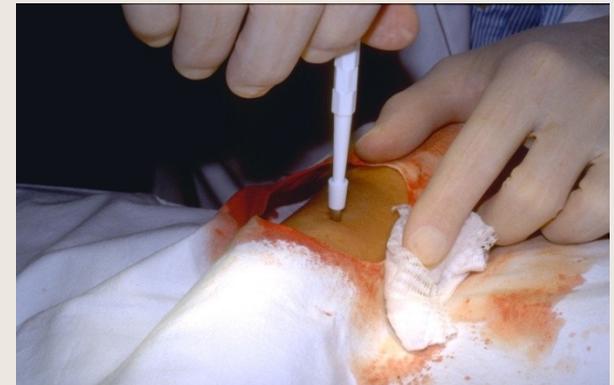
- Recommandations : pas d'indication
- CRP et NFS
- selon terrain, co-morbidités, fièvre élevée

Bactériologie

- très faible rentabilité (car faible densité bactérienne)
- sensibilité hémocultures 5 à 10 %
- sensibilité prélèvements cutanés : 5 à 40% (porte d'entrée)
- discussion sur l'intérêt des biopsies à l'emporte-pièce (punch)

Imagerie

- pas d'indication
- doppler veineux : pas de preuve



Quel antibiotique ?

En ambulatoire

- érysipèle typique sans signe de gravité
- traitement PO, durée 15 jours
 - amoxicilline 3 g à 4,5/j en 3 prises
 - pristinamycine 3 g/j en 3 prises
 - clindamycine 600 à 900 mg/j en 3 prises

En hospitalisation

- formes sévères, hospitalisation requise
- durée 15 à 20 jours
 - traitement initial par voie IV : penicilline G (10 à 20 MU/j) ou amoxicilline (6 g/j)
 - puis relais PO par penicilline V (3 à 6 M/j) ou amoxicilline (3 g à 4,5/j) ou pristinamycine (3 g/j)
 - alternative : Daptomycine 4 à 6 mg/kg/j en IV pendant 7 à 14 jours

- *Med Mal, Infect Consensus SPILF, 2000*
- *Stevens, Clin Infec Dis 2005*
- *Pertel, Intern J Clin Pract 2009*

Autre traitement ?

Place des anticoagulants

- association rare à TVP
- si facteurs de risque

AINS

- aucune indication
- risque de DHN

- *Med Mal, Infect Consensus SPILF, 2000*
- *Stevens, Clin Infec Dis 2005*



Dermo-hypodermes nécrosantes bactériennes et fasciite nécrosante



Dermo-hypodermes nécrosantes bactériennes et fasciite nécrosante

Les dermo-hypodermes bactériennes et fasciites nécrosantes sont des infections rares mais graves rapidement extensives intéressant le derme, l'hypoderme, l'aponévrose superficielle musculaire :

- dermo-hypodermite bactérienne nécrosante (DHBN) qui associe une nécrose de l'hypoderme et du derme mais sans atteinte de l'aponévrose superficielle ;
- fasciite nécrosante (FN) qui comporte une nécrose de l'aponévrose superficielle avec des lésions plus ou moins profondes des fascias intermusculaires

Le terme de DHBN inclut toutes ces formes d'infections graves et extensives : même dénomination de dermo-hypodermite bactérienne nécrosante avec ou sans fasciite nécrosante résumé par l'acronyme DHBN-FN

Bilan paraclinique

Score Laboratory Risk Indicator of Necrotizing fasciitis (LRINEC)

Table 4. Laboratory risk indicator for NF: A score of ≤ 5 points indicates a low risk (< 50% probability) of NF; 6-7 points indicate an intermediate risk (50%-75% probability) of NF; 8 points or more indicate a high risk (> 75% probability) of NF.

INVESTIGATION	SCORE
Serum C-reactive protein ≥ 150 mg/L	4 points
White blood cell count	
• 15000/ μ L-25000/ μ L	1 point
• >25000/ μ L	2 points
Hemoglobin	
• 11.0-13.5 g/dL	1 point
• < 11 g/dL	2 points
Serum sodium < 135 mEq/L	2 points
Serum creatinine > 1.6 mg/dL (141 mmol/L)	2 points
Serum glucose > 180 mg/dL (10 mmol/L)	1 point

NF—necrotizing fasciitis.

Bilan paraclinique

Diagnostic microbiologique : 75%

- Hémocultures + : 25% des cas
- Cultures + (per-opératoires) : >80% des cas
- Ponction phlyctènes ?
- Ecouvillon non informatif

Imagerie : pas d'indication,

Dosage de la PCT :

Pas à visée diagnostique,
En surveillance (cinétique)

Traitement

- Excision chirurgicale +++
- Antibiothérapie
- Réanimation

Urgence médico-chirurgicale
Concertation pluridisciplinaire

DHBN-FN : antibiothérapie

- **Antibiothérapie**

- Sans délai
- Impérative mais...
- Limite la dissémination
- Probabiliste puis adaptée
- DHBN-FN polymicrobienne +++

- **Fonction de la localisation** (*SBHA-SA-anaérobies*)

I. communautaire: pénicilline G ou amoxicilline + clindamycine

I. Nosocomiales: pipéracilline-tazobactam ou imipénème + vancomycine

(*entérobactéries résistantes et SAMR*)

(daptomycine / linézolide)

- Durée TTT : au moins 15 jours

Excision chirurgicale +++

- Confirmer
- Réduction bactéries et toxines + enzymes
- Hyperpression locale



Autres thérapeutiques

- Ig polyvalentes : non
- Protéine C activée : non
- Caisson hyperbare :
 - Controversé
 - Disponibilité limitée

Conclusion

- **DHBN-FN**
 - Rare, diagnostic parfois difficile
 - Pronostic variable selon topographie
 - Morbidité
- **Reconnaissance clinique précoce**
 - EPC ne doivent pas retarder la chirurgie
- **Prise en charge**
 - Urgence médico-chirurgicale
 - Multidisciplinaire
 - Excision chirurgicale carcinologique +++
 - Antibiothérapie adaptée
 - Soins de réanimation
- **Chirurgie rapide**
Délai chirurgical < 24heures



Rapidité

Autres lésions abordées :

Pied diabétique :

Prise en charge mixte (diabétologue, chirurgien vasculaire)

Œdème de la face (attention à l'érysipèle)

Urticaire

Traitement de sortie : Antihistaminique 15 jours

Consultation au décours

Lésions vésiculeuses / bulleuses

...

Des tableaux multiples, mais des principes communs :

Syndrome de défaillance cutanée,

Examiner le patient entièrement déshabillé,

Délimiter les contours des lésions (stylo),

Penser à faire des photos ,

Evolutivité,

Attention à une douleur disproportionnée par rapport à la lésion