Grosse jambe rouge aiguë

Dr Antoine Petit
Service de dermatologie 1, Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris
antoine.petit@sls.aphp.fr

Objectifs

- **Diagnostiquer une grosse jambe rouge aiguë.**
- **Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.**

Le sujet est dominé par l'érysipèle et ses diagnostics différentiels, parmi lesquels d'autres infections bactériennes, plus rares et plus graves.

DIAGNOSTIC POSITIF

La survenue soudaine, et simultanée, d'une tuméfaction et d'une rougeur de la jambe signe une inflammation des parties molles extra-musculaires : hypoderme et derme, rarement aponévroses.

Le diagnostic des formes typiques est évident dès l'inspection, qui montre une jambe globalement rouge et augmentée de volume par rapport à l'autre côté. Le caractère aigu est attesté par l'entretien avec le patient ou son entourage. Des difficultés sont possibles : anamnèse confuse ; érythème difficile à voir sur peau très noire. Dans ce dernier cas, il faut tenir compte de l'avis du patient et de l'augmentation habituelle de la chaleur locale. Les atteintes bilatérales sont très rares.

Les principales maladies responsables du tableau clinique de grosse jambe rouge aiguë peuvent aussi réaliser des tableaux atypiques dans l'intensité, l'étendue ou le mode d'installation des symptômes : gonflement discret ; érythème à la limite de la visibilité ; signes localisés sur une petite partie de la jambe ; accentuation aiguë d'un œdème et d'une rougeur chroniques. C'est pourquoi leurs diagnostics différentiels comprennent des affections dont la présentation clinique est rarement, voire jamais, celle d'une grosse jambe rouge aiguë typique, mais qu'il est indispensable de considérer ici, car elles sont source de difficultés constantes, notamment pour le diagnostic d'érysipèle. Tous ces tableaux atypiques seront regroupés au chapitre du diagnostic étiologique, même si beaucoup pourraient être considérés plutôt comme des diagnostics différentiels.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Les causes se répartissent en quatre catégories. Les trois premières sont des infections bactériennes des parties molles extra-musculaires, parfois regroupées sous le terme erroné de « cellulites infectieuses » : érysipèle, fasciite nécrosante et dermohypodermites bactériennes autres que l'érysipèle. Elles nécessitent une prise en charge urgente. La dernière rassemble toutes les autres causes ; elle comporte aussi quelques situations d'urgence variées, qui débordent de cet exposé.

Érysipèle

1. Définition et physiopathologie

L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne qui touche dans la majorité des cas la jambe ou le pied (mais aussi le visage et toute zone de lymphœdème). La bactérie responsable est un streptocoque bêta-hémolytique de groupe A, parfois G ou C. La charge bactérienne est modérée. Il existe des altérations du réseau lymphatique, à la fois facteur favorisant et conséquence de l'érysipèle, facilitant ainsi sa récidive. L'infection est relativement superficielle, prédominant à la partie haute de l'hypoderme et au derme.

2. Épidémiologie et facteurs de risque

L'érysipèle de jambe est banal chez l'adulte dans les deux sexes. Deux facteurs de risque sont identifiés : l'existence d'une brèche dans la barrière cutanée, « porte d'entrée » du streptocoque ; et celle d'un lymphœdème. Le lymphœdème de jambe peut être primitif, apparu souvent chez l'adulte jeune, ou secondaire à diverses causes : obstacle lymphatique néoplasique ou maladie de Kaposi, parfois révélés par l'érysipèle ; antécédents d'érysipèle, insuffisance veineuse, filariose...

Le diabète, l'alcoolisme et l'immunodépression favorisent des dermohypodermites bactériennes graves plutôt que l'érysipèle.

3. Clinique

Le début est typiquement brutal, marqué par des frissons et une fièvre élevée, avec tachycardie en rapport. Il n'y a pas de choc. L'érythème (fig. 1), rosé ou rouge foncé, apparaît simultanément,

rarement retardé ou avancé de quelques heures. Il s'étend sur tout ou partie de la circonférence du membre, sur une hauteur variable englobant ou non cheville, pied et genou. L'œdème est de surface lisse, au moins au début. La notion de lymphœdème préexistant ou de poussées antérieures d'érysipèle est un bon argument diagnostique.

Occasionnellement, lorsque l'œdème dermique superficiel est intense, la bordure de la lésion présente un relief abrupt (classique « bourrelet », fig. 2).

Une lymphangite, sous forme d'érythème linéaire avec augmentation de chaleur locale, est possible, notamment à la face interne de cuisse, avec parfois une adénopathie inguinale sensible.

La porte d'entrée, qui peut siéger à distance sur le pied ou la jambe, est tantôt évidente, tantôt discrète, ou encore inapparente. Deux sont fréquentes : l'ulcère veineux et l'intertrigo interorteils. En cas d'ulcère, les signes cliniques d'insuffisance veineuse se mêlent à ceux de l'érysipèle. L'intertrigo interorteils est habituellement lié à une mycose superficielle à dermatophytes, extrêmement banale, y compris chez des hommes jeunes, et souvent négligée. Il détermine de petites fissures, surtout entre les derniers orteils.

4. Diagnostic

Le diagnostic d'érysipèle est clinique. Il faut s'assurer de l'absence de signes de gravité, c'est-à-dire de signe évoquant une fasciite ou une autre dermo-hypodermite bactérienne (tableau).

5. Évolution

Le pronostic est très bon. Sous traitement, les signes généraux régressent en quelques jours, l'œdème inflammatoire parfois plus tardivement.

Figure 1 **Érysipèle.** Les traînées linéaires à la limite supérieure de l'érythème traduisent le tropisme lymphatique de l'infection.

Figure 2 **Érysipèle** Chez cette patiente, la fièvre et les signes locaux avaient bien régressé après 3 jours d'antibiothérapie antistreptococcique (voir la limite ancienne tracée au marqueur bleu en haut de l'image), mais l'œdème superficiel extrêmement intense réalisait un aspect de « bourrelet » caricatural aboutissant à des décollements bulleux suintants et purpuriques.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

La question pourrait s'intituler : « Infections bactériennes aiguës des parties molles de la jambe : conduite à tenir immédiate et diagnostics différentiels ». Il faut d'abord savoir justifier par des arguments cliniques une des attitudes thérapeutiques suivantes :

1. **Aucune antibiothérapie :** cette éventualité ne peut être envisagée qu'avec un dossier clinique très typique de pathologie non infectieuse fréquente, comme un eczéma de contact aigu suintant chez un patient apyrétique (seuls les principaux diagnostics sont à connaître) ;
2. **Traitement présomptif antistreptococcique :** le dossier clinique peut être celui d'un érysipèle typique, éventuellement récidivant ; il faudra vérifier qu'il n'existe aucun signe de gravité potentielle, tant sur les signes cliniques locaux que sur les signes généraux, le terrain ou la porte d'entrée (tableau) ;
3. **Antibiothérapie large :** un dossier clinique de situation « piège » décrirait par exemple un tableau évocateur d'érysipèle mais compliquant un mal perforant plantaire diabétique ou survenant chez un sujet immunodéprimé ou neutropénique, ou encore chez un enfant recevant des AINS intempestifs lors d'une varicelle. Dans ces cas, il ne faut pas se contenter d'un antistreptococcique et il faut insister sur la surveillance nécessaire ;
4. **Confrontation médicochirurgicale urgente (sous antibiothérapie large) s'il existe des signes faisant craindre une fasciite nécrosante.**
5. **Un autre aspect de la question concerne la maladie veineuse et les formes atypiques de grosse jambe rouge aiguë.** On peut concevoir un cas clinique de poussée œdémateuse et douloureuse aiguë sur une jambe qui présente depuis longtemps un « fond » d'œdème et d'érythème en rapport avec une insuffisance veineuse. Le diagnostic de thrombose veineuse profonde doit alors absolument être envisagé, et une anticoagulation efficace prescrite en attendant les résultats d'un échodoppler veineux des membres inférieurs.

Les complications infectieuses sont rares : abcédation à rechercher en cas de persistance des signes locaux (avis chirurgical, imagerie) ; diffusion septicémique. Localement, l'œdème intense détermine parfois des décollements bulleux, éventuellement hémorragiques (fig. 2), avec des risques de surinfection et surtout d'ulcère de jambe en cas de troubles artériels ou veineux sous-jacents. L'évolution vers une forme nécrosante de dermohypodermite bactérienne, voire une fasciite, est beaucoup plus rare et correspond plutôt à une difficulté du diagnostic différentiel initial qu'à une véritable modalité évolutive de l'érysipèle.

Les complications post-streptococciques de mécanisme immunologique, glomérulonéphrite en particulier, sont exceptionnelles.

Un lymphœdème résiduel ou une aggravation du lymphœdème initial sont possibles. Ils font le terrain des récidives, parfois multiples.

Fasciite nécrosante

1. Définition et physiopathologie

C'est une infection streptococcique ou parfois polymicrobienne d'une extrême gravité qui se développe dans les aponévroses entourant le muscle et atteint la partie profonde de l'hypoderme. Elle évolue très rapidement, déterminant des nécroses tissulaires liées à la virulence des germes et à des thromboses locales. Les nécroses s'étendent en profondeur bien au-delà des limites apparentes de l'atteinte cutanée.

2. Épidémiologie et facteurs de risque

La fasciite nécrosante est rarissime, mais son incidence semble en augmentation. Elle peut atteindre la jambe comme d'autres parties du corps. Elle survient chez des sujets sains ou fragilisés par un terrain général ou local : immunodépression, éthylisme, varicelle de l'enfant, artérite des membres inférieurs. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est un facteur de risque de fasciite démontré chez les enfants varicelleux, et son rôle est soupçonné chez l'adulte.

3. Clinique

Les signes d'alerte peuvent être répartis en 4 catégories.

✓ **Le terrain** est abordé ci-dessus.

✓ **Les signes généraux :** la fièvre est souvent plus modérée que dans l'érysipèle mais il existe dans la moitié des cas des signes généraux évocateurs de sepsis sévère : pression artérielle basse, tachycardie dissociée de la température, polypnée, désaturation, oligurie, teint grisâtre ou faciès « terreux », troubles de conscience ou de vigilance, au maximum état de choc.

✓ **Les signes locaux :** l'érythème peut être franc ou à l'inverse très discret, contrastant avec l'importance de la douleur et des signes généraux ; la lésion est parfois limitée à une zone rosée ou bleu-gris. Des bulles sont possibles, de même qu'un aspect ecchymotique (fig. 3) ; ces signes se rencontrent parfois aussi au cours d'érysipèles ou d'autres dermohypodermites bactériennes. L'œdème peut paraître induré et étendu au-delà de l'érythème.

POINTS FORTS

à retenir

- **L'érysipèle est fréquent et de bon pronostic.**
- **Les autres dermohypodermites bactériennes sont plus rares, et notamment la fasciite nécrosante, rarissime, mais toutes pourraient être confondues au début avec un érysipèle ; c'est pourquoi une surveillance clinique étroite est indiquée les premiers jours.**
- **La fasciite nécrosante est une urgence chirurgicale.**
- **Quelle que soit l'antibiothérapie choisie, son spectre doit comprendre le streptocoque.**
- **Il n'y a pas d'indication à une anticoagulation systématique.**
- **Les AINS sont contre-indiqués.**

(*v.* **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2309)

Une teinte cyanique ou livide est très évocatrice. Les zones de nécrose cutanée profonde apparaissent au début comme des plaques blanchâtres hypoesthésiques (fig. 3). Il n'y a généralement pas de pus ni d'abcès.

On rapproche du tableau de la fasciite celui de la gangrène gazeuse, traduit par une sensation de crépitation à la palpation, et confirmé par la radiographie montrant des clartés gazeuses des parties molles.

✓ **La rapidité d'installation et d'aggravation** est spectaculaire. C'est un élément important du diagnostic : la fasciite nécrosante se discute les premières heures, à la rigueur les premiers jours d'évolution.

Figure 3 **Fasciite nécrosante du membre supérieur.** Patiente sans facteur de risque particulier hospitalisée pour une grosse main rouge évoluant depuis moins de 24 heures ; fébricule 38 °C, douleurs intenses, altération de l'état général. On reconnaît des zones d'œdème érythémateux (sur les doigts), avec un décollement bulleux livide et ecchymotique du dos de la main bordé à gauche par une zone plus blanchâtre (hypoesthésique).

Q 204

4. Diagnostic

La fasciite nécrosante est une urgence médicochirurgicale dont la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire expérimentée (chirurgiens, réanimateurs, dermatologues) ne doit pas être retardée par les examens complémentaires ; ces derniers sont peu utiles au diagnostic lui-même.

5. Évolution

Malgré un traitement chirurgical et antibiotique bien conduit, la mortalité reste élevée, autour de 30 %, et la morbidité résultant des larges excisions des tissus lésés est considérable (hospitalisation prolongée, complications secondaires).

Autres dermohypodermites bactériennes

Elles sont de gravité intermédiaire. Leur tableau clinique peut se rapprocher d'un érysipèle au début, mais l'évolution est plus sévère. Des nécroses sont possibles, mais sans la rapidité d'évolution et la gravité des fasciites ; l'indication chirurgicale est inconstante ou retardée. Elles sont parfois favorisées par une immunodépression, un éthylisme, une neutropénie, une splénectomie, une corticothérapie générale...

Des tableaux clinico-microbiologiques particuliers ont été isolés tels que :

– les formes du sujet immunodéprimé ou neutropénique, qui peuvent être dues à des germes variés ;

– les formes accompagnant un trouble trophique diabétique infecté : outre le streptocoque, *Staphylococcus aureus*, des anaérobies et parfois des bacilles à Gram négatif comme *Pseudomonas æruginosa* peuvent être en cause. Les tableaux cliniques sont variés, évoluant parfois vers l'abcédation, ou comprenant une ostéo-arthrite. Une artérite sous-jacente peut compliquer l'évolution et le traitement ;

– la pasteurellose à *Pasteurella multocida*, transmise par la salive du chat ou du chien (fig. 4). Arthrites, septicémie, endocardite peuvent survenir ;

– les formes à *Capnocytophaga canimorsus* après morsure animale, responsable de septicémies graves et de nécroses ;

Figure 4 **Pasteurellose,** suspectée parce que la patiente élevait de nombreux chats, et confirmée par les hémocultures et le prélèvement de la petite pustulette nécrotique, visible à gauche.

– les formes à germes Gram négatif (*Æromonas hydrophila*, *Vibrio vulnificus*...) après blessure en milieu aquatique, nécrosantes et septicémiques.

Autres causes

1. Dermites et hypodermites de cause externe

✓ **L'eczéma de contact** est particulièrement fréquent chez les personnes qui appliquent régulièrement des topiques sur leurs jambes en raison d'une insuffisance veineuse ou d'un ulcère. Les lésions sont érythémateuses et prurigineuses, à contours émiettés, avec d'importantes anomalies de surface : aspect « granité », microvésicules et suintement aux stades aigus ; desquamation ou lichénification en phase chronique. Les eczémas aigus sont parfois très œdémateux, ce qui pourrait prêter à confusion avec un érysipèle ou une autre dermohypodermite bactérienne. L'absence de fièvre et l'importance des modifications de surface redressent le diagnostic.

✓ **Les piqûres et morsures d'animaux vénimeux** s'accompagnent d'un œdème inflammatoire parfois intense et étendu. De rares cas donnent lieu à une réaction générale avec fébricule ou adénopathies (araignées...), voire à une évolution nécrotique (serpents, poisson-pierre...). L'anamnèse permet le diagnostic, mais des doutes persistent avec une surinfection secondaire.

✓ **D'autres types de dermites aiguës** peuvent résulter d'applications caustiques, d'un coup de soleil ou d'une photosensibilisation, d'une brûlure thermique. Le diagnostic repose sur l'anamnèse.

2. Dermites et hypodermites aseptiques de cause générale

✓ **L'érythème noueux** est caractérisé par de multiples nodules inflammatoires de taille limitée siégeant avec prédilection sur les faces antérieures des deux jambes, parfois associés à un œdème des chevilles et une fébricule (fig. 5). Des formes unilatérales atypiques, avec des lésions confluant en grands placards inflammatoires, peuvent être parfois difficiles à distinguer d'un érysipèle.

✓ **Parmi les causes plus rares,** on pourrait citer les formes profondes du syndrome de Sweet (dermatose neutrophilique) ; la « cellulite de Wells » (infiltrat d'éosinophiles) ; des variétés très atypiques d'urticaire ou de vascularite urticarienne ; les placards « érysipélatoïdes » aseptiques d'affections systémiques telles que la maladie périodique.

3. Pathologie veineuse

✓ **La lipodermatosclérose,** qui est une dermohypodermite aseptique, siège dans la région périmalléolaire et le tiers inférieur de jambe, formant une infiltration ferme, douloureuse, plus ou moins érythémateuse, qui évolue lentement vers une atrophie sclérodermiforme ou un ulcère. La lésion est limitée mais peut s'associer à un œdème et des rougeurs plus étendus, eux aussi en rapport avec l'insuffisance veineuse. Bien que chronique, elle peut subir des poussées aiguës mais ne s'accompagne pas de fièvre.

Figure 5 **Érythème noueux.** Tableau de grosse jambe rouge avec fébricule et douleurs depuis deux semaines. Cette évolution subaiguë, le caractère multifocal (et bilatéral) des lésions et leur évolution vers les teintes de la biligénie locale permettaient de poser le diagnostic.

✓ **La dermo-épidermite de stase** (« eczéma variqueux ») forme des nappes sèches, roses et squameuses, surtout à la partie inférieure de la jambe, généralement sur un fond de dermite ocre caractéristique. Elle ne produit pas de gonflement elle-même mais l'association à l'œdème de l'insuffisance veineuse peut réaliser une grosse jambe rouge. La chronicité, l'importance des squames et du prurit, et l'absence de fièvre la distinguent d'une origine bactérienne.

✓ **La thrombose veineuse profonde** (TVP) se manifeste cliniquement surtout par une douleur et un œdème non érythémateux du mollet ; la fièvre est discrète ou absente. En soi, elle n'est pas un diagnostic différentiel habituel d'érysipèle ; mais elle peut survenir sur un terrain d'insuffisance veineuse marqué par des modifications tégumentaires érythémateuses : lipodermatosclérose, dermoépidermite de stase. Un œdème douloureux aigu sur ce terrain doit faire craindre une TVP.

✓ **La thrombose veineuse superficielle** forme un cordon inflammatoire induré et sensible, parfois rouge et chaud. En règle générale, il n'y a pas de fièvre.

4. Pathologie musculosquelettique

✓ **La bursite** inflammatoire de la bourse séreuse sous-quadricipitale, d'origine infectieuse ou aseptique, se manifeste par une rougeur et un gonflement de la région antérieure du genou. Ce n'est pas un tableau de grosse jambe rouge mais il peut évoquer ou même se compliquer d'infection, généralement staphylococcique.

✓ **Des hématomes traumatiques** et des fractures osseuses induisent des grosses jambes douloureuses. Ils sont parfois méconnus, surtout chez des personnes âgées alitées lorsque l'anamnèse et l'examen sont difficiles ; la présence d'un peu d'érythème ne doit pas faire errer le diagnostic.

✓ **Au cours des myosites infectieuses,** il n'y a en général pas de rougeur du tégument.

✓ **Certaines arthrites de la cheville ou du pied** sont très inflammatoires mais l'atteinte articulaire est cliniquement au premier plan.

✓ **Le syndrome de loge antéroexterne de jambe** donne parfois, le long du bord antéro-externe de la jambe, quelques lésions purpuriques et un érythème rosé dont la discrétion contraste avec l'intensité des douleurs.

5. Érythème « contingent » au cours de poussées d'œdème de jambe

Un érythème peu spécifique accompagne occasionnellement des poussées aiguës d'œdème de jambe et peut faire suspecter un érysipèle ou une dermohypodermite bactérienne ; la bilatéralité et l'absence de fièvre sont des arguments négatifs importants. En dehors de l'insuffisance veineuse, deux situations méritent d'être individualisées.

✓ **Le lymphœdème des membres inférieurs** subit parfois des poussées inflammatoires difficiles à distinguer de l'érysipèle, quoique dépourvues de fièvre et de signes généraux. En cas de doute, l'antibiothérapie antistreptococcique s'impose.

✓ **Une position déclive permanente** (nuits au fauteuil ou jambe pendant hors du lit) favorise un œdème qui peut s'accompagner d'un certain degré d'érythème. Cette situation est observée, notamment au cours d'ischémies critiques avec douleurs de décubitus chez des patients artéritiques ; l'érythème se distingue alors par une température locale basse.

6. Autres causes

L'érythème chronique migrateur, premier stade de l'infection à *Borrelia burgdorferi*, réalise une rougeur localisée d'évolution centrifuge, en principe sans relief.

SITUATIONS D'URGENCE

La prise en charge immédiate doit décider de l'hospitalisation, des examens complémentaires et du traitement initial.

Il existe au début un certain degré d'incertitude diagnostique entre érysipèle, autre dermohypodermite bactérienne, et fasciite ; incertitude que la surveillance des premières heures et des premiers jours d'évolution pourra lever, conduisant parfois à réviser secondairement le traitement.

Hospitalisation

1. Érysipèle

Un traitement à domicile est possible d'emblée lorsque certaines conditions sont réunies : certitude diagnostique, absence de signe de gravité (tableau), bonnes conditions de vie, entourage présent, excellente compréhension, observance prévisible, facilités de surveillance, téléphone. Le patient sera revu après une semaine.

Dans les autres cas, une hospitalisation est préférable.

2. Fasciite nécrosante

Une hospitalisation pour concertation multidisciplinaire doit être programmée dans les heures qui suivent l'évocation du

Tableau Signes de gravité à rechercher devant une grosse jambe rouge aiguë, faisant craindre une dermohypodermite bactérienne grave ou une fasciite nécrosante

Terrain
- immunodépression (VIH, iatrogène, cancer, éthylisme, lymphome ou certaines maladies de système...)
- diabète
- artérite des membres inférieurs
- prise d'AINS

Porte d'entrée
- pied diabétique
- plaie chirurgicale
- plaie souillée en milieu aquatique
- morsure humaine ou animale
- infection localisée toujours ou fréquemment staphylococcique (folliculite, furoncle, bursite...)

Signes généraux
- tachycardie dissociée
- teint grisâtre, faciès terreux
- troubles de conscience ou de vigilance
- désaturation
- chute tensionnelle, état de choc

Signes locaux
- douleurs très intenses
- décollements bulleux
- purpura, ecchymoses
- œdème induré au-delà des limites de l'érythème
- zones bleuâtres ou de lividité
- sensation de crépitation à la palpation
- zones d'hypoesthésie cutanée

Évolutivité
- aggravation rapide
- extension sous antibiothérapie

Examens complémentaires
- élévation des CPK
- positivité des hémocultures
- positivité du prélèvement de bulle
- signes d'autres localisations septiques, de défaillance viscérale, de CIVD...

diagnostic. On choisit de préférence, selon la gravité de l'état général, une unité médicale de réanimation dans une structure disposant de chirurgiens et de dermatologues.

3. Autres formes

Hospitalisation en milieu médical pour surveillance quotidienne, éventuellement en concertation avec un chirurgien.

Examens complémentaires

1. Érysipèle

Aucun examen complémentaire n'est indispensable si les conditions sont réunies pour un traitement ambulatoire.

En pratique, on réalise souvent, lors de l'hospitalisation, des examens biologiques simples, qui montrent un syndrome inflammatoire avec accélération de la vitesse de sédimentation (VS) et augmentation de la *C-reactive protein* (CRP) et une polynucléose à neutrophiles.

Les hémocultures sont négatives dans plus de 90 % des cas. Les prélèvements bactériologiques de porte d'entrée, manquant de sensibilité et de spécificité, sont peu utiles, de même que les dosages d'anticorps antistreptococciques. En revanche, s'il existe des lésions bulleuses fermées récentes, leur prélèvement à l'aide d'une aiguille est très informatif ; le résultat est généralement négatif dans l'érysipèle et positif dans les dermohypodermites bactériennes plus graves et les fasciites. L'écho-doppler veineux n'est pas systématique. On peut déterminer le taux sanguin de créatine phosphokinase (CPK) pour vérifier l'absence de rhabdomyolyse (parfois associée à une fasciite).

La surveillance doit être attentive les premiers jours : fièvre, état général, extension des signes locaux (contours tracés au marqueur avec la date et l'heure).

2. Fasciite nécrosante

Un bilan général très large doit comprendre au minimum NFS, VS, CRP, CPK, glycémie, ionogramme sanguin, fonction rénale, bilan hépatique, ainsi que radiographie thoracique et électrocardiogramme.

Les prélèvements bactériologiques sont systématiques : hémocultures multiples, écouvillonnage d'une ulcération ou d'une porte d'entrée éventuelle, prélèvements de bulles à la seringue, et pour certains, biopsies cutanées ou aspiration de 1 ou 2 cc de sérum injecté dans la lésion. Ils seront complétés par des prélèvements peropératoires.

L'imagerie en résonance magnétique (IRM) peut donner quelques indications sur la topographie des lésions mais elle ne doit pas retarder l'exploration chirurgicale. L'écho-doppler veineux n'est pas systématique. Une radiographie des parties molles est utile au diagnostic de la gangrène gazeuse.

3. Autres formes

Le bilan est comparable à celui de la fasciite nécrosante. L'imagerie (IRM, scanner, échographie) est souvent utilisée pour préciser d'éventuelles zones de nécrose ou d'abcédation.

Traitement initial

1. Mesures « adjuvantes » communes

Elles comprennent :
– des antalgiques adaptés ;
– les soins locaux de porte d'entrée (pansement d'ulcère ; prélèvement et traitement d'un intertrigo interorteils) ;
– les soins d'éventuelles complications ou pathologies associées (équilibration du diabète) ;
– la surélévation des pieds du lit et la compression élastique forte du lymphœdème (sauf avec certaines plaies ou en cas d'ischémie par artérite).

Une anticoagulation efficace n'est pas indiquée systématiquement. Elle peut être préconisée, en attendant les résultats d'un échodoppler veineux en urgence, lorsqu'il existe un doute diagnostique avec une thrombose veineuse profonde, ce qui est assez rare. La prévention systématique des thromboses par de faibles doses d'héparine est parfois indiquée par une éventuelle pathologie associée (insuffisance cardiaque ou veineuse chez un malade alité), selon les schémas habituels.

2. Érysipèle

Le traitement repose sur une antibiothérapie de 2 semaines, généralement commencée par voie intraveineuse, avec relais oral après quelques jours d'évolution favorable. Chez l'adulte, on utilise la pénicilline G à raison de 12 millions UI/24 heures ou l'amoxicilline (3 à 6 g/24 h) ; une alternative est la pristinamycine orale (1 g x 3/24 h).

3. Fasciite nécrosante

Le pronostic vital dépend de la précocité de l'excision chirurgicale des tissus nécrosés, dès les premières heures d'évolution, accompagnée d'une antibiothérapie parentérale présomptive à large spectre, incluant le streptocoque. L'antibiothérapie sera réajustée secondairement en fonction des résultats des prélèvements. Le traitement symptomatique des défaillances viscérales secondaires ou d'une CIVD a lieu en réanimation.

4. Autres formes

Une antibiothérapie parentérale à large spectre, bactéricide au minimum contre le streptocoque et le staphylocoque doré méticilline-sensible, est toujours indiquée. Certains choisissent l'association amoxicilline-acide clavulanique en première intention, mais les schémas d'antibiothérapie varient selon les centres et les éventuelles orientations bactériologiques liées au contexte.

Il faut exercer une surveillance clinique étroite et prendre un avis chirugical en cas de signes de nécrose. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

Texte de la conférence de consensus française sur érysipèle, cellulites et fasciite nécrosante
Ann Dermatol Venereol 2001;128(3 Pt2)

MINI TEST DE LECTURE de la question 204, p. 2303

A / VRAI ou FAUX ?

Devant un érysipèle de jambe typique, outre l'antibiothérapie, les mesures suivantes sont toujours indiquées :

1 Repos strict au lit et anticoagulation préventive.
2 Repos strict au lit et anticoagulation efficace.
3 Écho-doppler veineux en urgence.
4 Surélévation des pieds du lit pendant la nuit.
5 Biopsie cutanée pour culture bactériologique.

B / VRAI ou FAUX ?

1 Une hypoesthésie cutanée à la piqûre est un signe de fasciite nécrosante.
2 En cas d'érysipèle sur ulcère de jambe, le prélèvement bactériologique de l'ulcère guide le choix antibiotique.
3 La fièvre n'est pas toujours présente au début d'un érysipèle.
4 L'érysipèle est la principale complication locorégionale des morsures de chien.
5 Chez un patient ayant des antécédents d'érysipèle, une récidive dans le même territoire doit faire craindre une dermohypodermite bactérienne plus grave ou une fasciite nécrosante.

C / QCM

Sur une grosse jambe rouge fébrile, la présence de bulles hémorragiques...

1 impose une intervention chirurgicale urgente.
2 n'a pas de signification péjorative.
3 peut se rencontrer sur un érysipèle.
4 impose une surveillance particulière.
5 peut déterminer des ulcérations secondaires.

Réponses : A : F, F, F, V, F / B : V, F, V, F, F / C : 3, 4, 5.

Q 204