

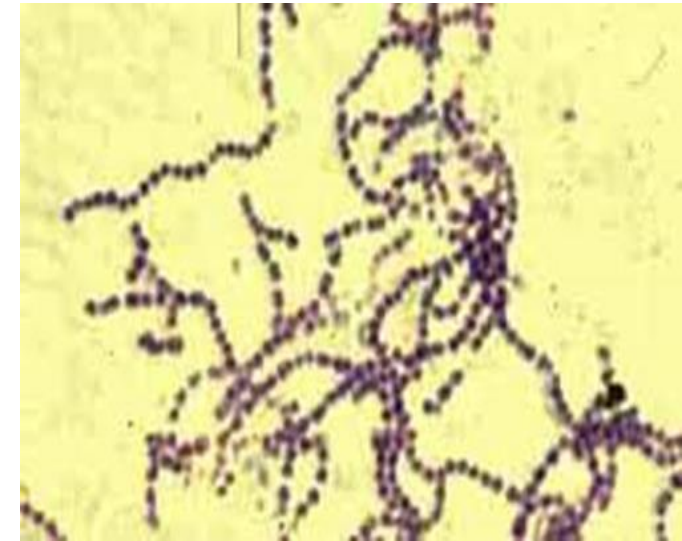
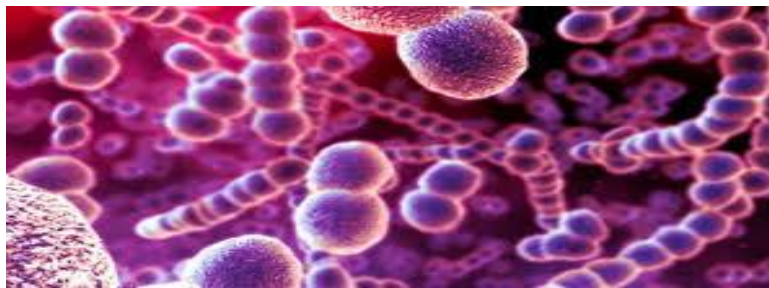
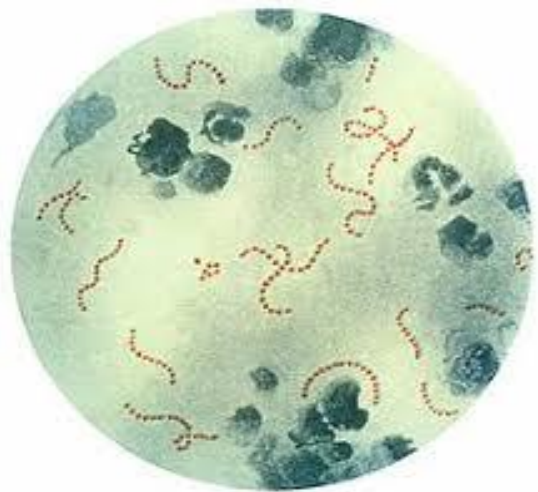


DERMOHYPODERMITES

Dr BENSADOUN

Maitre assistante en infectiologie

Faculté de médecine d'Oran





OBJECTIFS

- Démontrer les différentes dermohypodermes
- Décrire les diverses localisations topographiques en précisant leurs particularités cliniques et leurs complications
 - Savoir poser un diagnostic positif
- Etablir une conduite thérapeutique appropriée



Plan

- Introduction
- Epidémiologie
- Diverses localisations topographiques des dermohypodermites

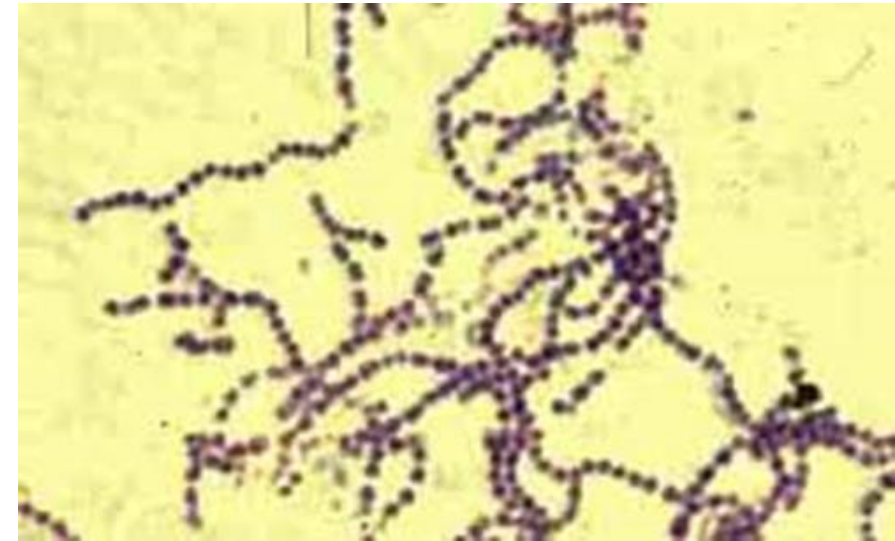
A)- Erysipèle:

1/-- Erysipèle de la face

2/-- Erysipèle du membre inférieur

B)- Fasciite nécrosante

Conclusion

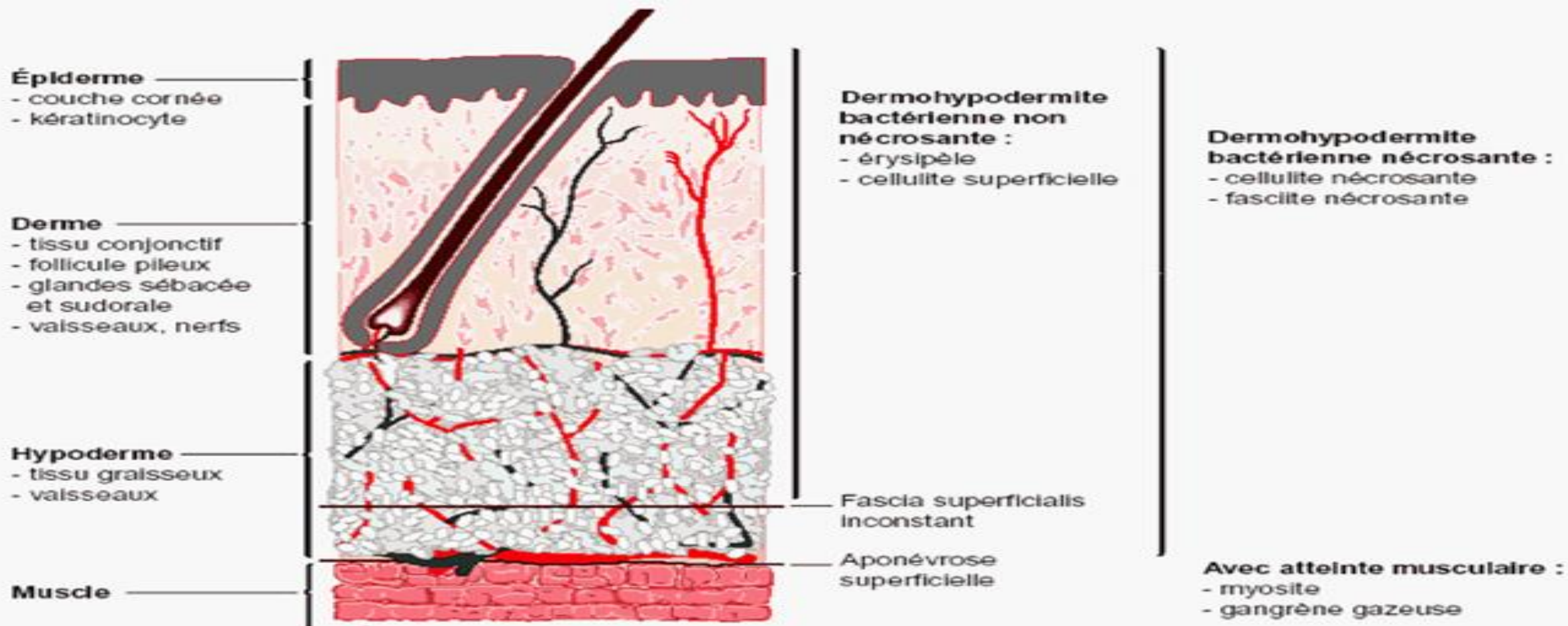


Introduction

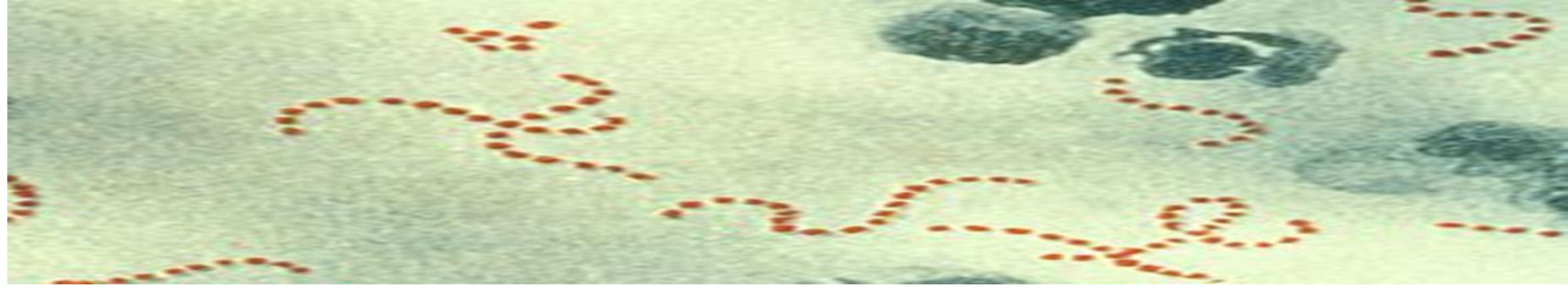


- Streptococcies: infections variées dues au germe streptococcus (streptocoque)
- **Les Streptocoques** : Ensemble de micro-organismes comprenant de nombreuses espèces , dont :
 - **Les espèces pathogènes** qui sont très nombreux ; responsables le plus souvent de streptococcie cutanéomuqueuses tels que : **les dermohypodermite**
- Le principal streptocoque pathogène responsable, est: *Streptocoque pyogenes*, qui est bêta-hémolytique et classé dans le groupe A de la classification de Lancefield.
- Il s'agit donc d'un **streptocoque bêta-hémolytique du groupe A**.
- **Dermohypodermite**: infection inflammatoire aiguë à pyogène du derme profond et du tissu sous-cutané. Elles sont invasives et peuvent être non nécrosantes ou nécrosantes.
- Elle est responsable d'une forte morbidité et d'un coût de santé publique important.

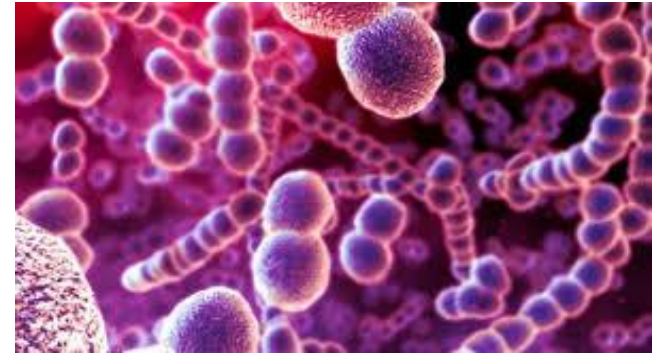
Peau et ses différentes couches



Epidémiologie



- Agent causal :
 - ✓ Bactérie sous forme de cocci Gram positif
 - ✓ groupées en chaînettes.
 - ✓ Plusieurs sérogroupes sont classés selon **LANCEFIELD** et les plus fréquents : sont les **streptococcus pyogènes β hémolytique du groupe A**
 - ✓ Les streptococcus du groupe **A** sécrètent des toxines et des enzymes qui interviennent dans leur pouvoir pathogène
- Réservoir : l'Homme est le réservoir naturel
- Transmission : par voie directe = Aérienne, favorisée par contact étroit (lésion cutanée)

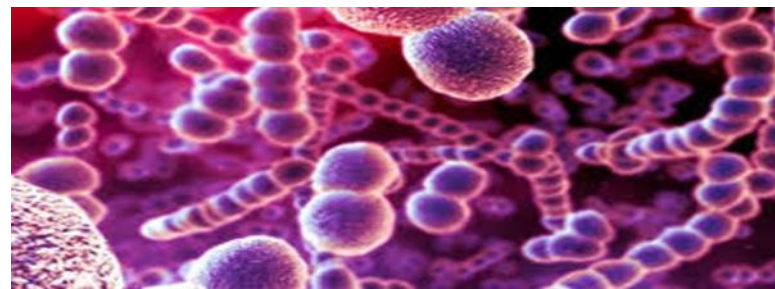


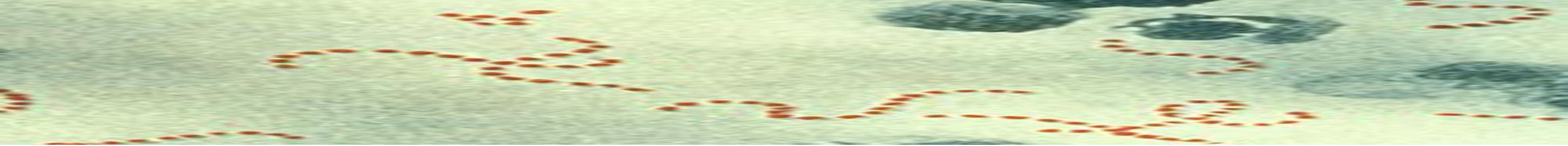


Diverses localisations topographiques des Dermohypodermites

A) – Erysipèle

B) – Fasciite nécrosante





A/- Erysipèle :

- Dermohypodermite aigue localisée non nécrosante de adulte
- Infection sévère et invasive, due au streptocoque pyogène β hémolytique du groupe **A**
- Secondaire à une porte d'entrée (PE) cutanée
- Siège surtout au membre inferieurs et au visage
- Erysipèle est favorisé par : stase veino-lymphatique, un traumatisme , une obésité

1/- Erysipèle de la face :

- Clinique:

Incubation : silencieuse de 3-7 jours

Début : Brutal marqué par : fièvre 39°C-40°C, frissons, malaise générale,

Petite tuméfaction rouge douloureuse avec sensation de cuisson, près de la porte d'entrée cutanée



Phase d'état:

- Signes généraux s'aggravent : fièvre importante avec altération d'état général
- Placard érythémateux infiltré inflammatoire, chaud , induré, douloureux, parsemé de petites vésicules ou phlyctènes,
- Les lésions sont délimitées en périphérie par un bourrelet périphérique
- Le placard s'étend rapidement et se bilatéralise en **aile de papillon** au niveau du visage
- Menton toujours épargné
- Adénopathies satellites
- Evolution : - Sous traitement est favorable
 - Sans traitement : des complications sont possibles: suppuration du placard érythémateux , phlébite , bactériémie
- Diagnostic différentiel : *- Staphylococcie maligne de la face
 - *- Eczéma de la face
- Traitement : -- Hospitalisation
- Antibiothérapie : à base : **Pénicilline G** (10-20MUI/j) , **Pénicilline V** (3-6 MUI/j) , **Amoxicilline** (50mg/ kg/j)
 - En cas d'allergie : **Pristinamycine** = Pyostacine : 50mg/kg/j en per os , **Erythromycine** (3 gr/j) en per os
- TRT de Porte d'entrée



Durée de Traitement (TRT) : en moyenne 15 jours (10-20 jours)

Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens (AINS) : à proscrire

2/- Erysipèle des membres inférieurs :

- Il se voit chez l'adulte et souvent le sujet âgé, obèse ayant une mauvaise circulation veino-lymphatique

- **Clinique :**

- Réalise un tableau de grosse jambe rouge aigue fébrile , sous forme de placard érythémateux œdématisé ,sans limites nettes , douloureux, exacerbé par la mobilisation .

- Peau est chaude , indurée, tendue, luisante

- *- **Porte d'entrée** : plaie cutanée , intertrigo, excoriation ,mycose interdigitale, ulcération de jambe....

- **Diagnostic différentiel** : Thrombophlébite du membre inférieur; ostéomyélite

- **Evolution** : favorable sous traitement ; mais les récurrences sont possibles

- **Complications**: suppuration du placard érythémateux ; phlébite , bactériémie, fasciite nécrosante streptococcique



2/- Erysipèle du membre inférieur

Traitement :

- Hospitalisation
- Antibiothérapie : à base de:
 - Pénicilline G** (10-20MUI/j), Pénicilline V :3-6 MUI/j , **Amoxicilline** (50mg/ kg/j)
 - *- En cas d'allergie : Pristinamycine = Pyostacine 50mg/kg/j en per os
- TRT de Porte d'entrée
- TRT contre l'insuffisance veineuse
- Les anticoagulants : pour prévenir les complications thromboemboliques

Durée de Traitement (TRT) : en moyenne 15 jours (10-20 jours)

AINS : à proscrire



B/-Fasciite Nécrosante :

Urgence médico-chirurgicale



- C'est une infection dermique sévère qui s'étend au tissu sous cutané, aux muscles et les plans aponévrotiques
 - Due le plus souvent au streptocoque pyogène β hémolytique du groupe **A**
 - Connue auparavant sous le nom de : « **Gangrène Streptococcique** »
- La PE :** l'infection succède à un traumatisme mineur ou sévère voire parfois inapparent: brûlure, piqure d'insecte, plaie cutanée, dermatose, intertrigo
- Elle est rare, mais peut engager le pronostic vital avec **30-50%** de mortalité



B/- Fasciite Nécrosante :

***- Clinique:** début est brutal par :

Une légère éruption érythémateuse localisée, chaude ayant une sensibilité à la pression et un léger œdème

➤ **En 24-48h :**

- l'éruption cutanée devient une plaque rouge foncée puis violet ,puis noire avec des bulles
- Douleur exquise localisée dont l'intensité augmente avec le temps
- Gangrène s'installe avec des crépitations et une odeur putride
- Nécrose ischémique cutanée et sous cutanée suite à une thrombose de la micro vascularisation
- Dissémination rapide avec envahissement des muscles adjacents
- Un choc toxique et une insuffisance rénale: sont fréquents



B/- Fasciite Nécrosante :

*- Diagnostic étiologique:

- **Hémocultures** : isole le germe en cause
- **Prélèvement per-opératoires ou ponction de bulles** : mise en évidence du streptocoque B hémolytique du groupe A associé parfois à d'autre bactérie
- **Echographie** : peut contribuer au diagnostic
- **Scanner de la zone suspecte** : d'une grande sensibilité : montre la présence d'air, de collection liquidienne de nécrose musculaire
- **IRM**: examen radiologique de choix
- **L'exploration chirurgicale** : aide au diagnostic (en absence d'élément de confirmation)

*- Traitement: Urgent en unité de soins intensifs par :

- Bi-antibiothérapie : **Pénicilline G (20-30 MUI) + Clindamycine (25mg/kg/j)**
 - Allergie: **Vancomycine**
- Anticoagulants
- Chirurgie : Excision des zones nécrosées ou parfois l'amputation



Conclusion

- Les infections à streptocoques sont très fréquentes , dont les **dermohypodermites**
- Elles occupent souvent le siège cutané-muqueux
- Elles sont de gravité variable en fonction de leur degré d'invasion
- Les dermohypodermites nécrosantes restent les plus redoutables ,dont l'évolution peut être fatale à pronostic réservé
- Le diagnostic précoce et le traitement rapide et adéquat évite les complications graves

