

ERYSIPELE SUR CICATRICE : A PROPOS DE 25 CAS

ERYSIPELAS UNDER SCAR : ABOUT 25 CASES

Z. HATTAB^①, R. BATTIKH^①, W. MADHI^①, J. LABIDI^①, F. AJILI^①, I. GHARSALLAH^①, S. ZRIBA^①, L. MÉTOUI^①,
N. BEN ABDELHAFIDH^①, N. BEN ROMDHANE^②, F. M'SADEK^①, B. LOUZIR^①, J. MANAA^②, S. OTHMANI^①.

① : Service de Médecine Interne - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie.

② : Service de chirurgie vasculaire - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie.

Résumé

L'érysipèle sur cicatrice est rarement rapporté dans la littérature en dehors de quelques cas sur cicatrice de veinectomie pour pontage coronarien. Nous avons étudié rétrospectivement sur dix ans (janvier 1998 - décembre 2007) 280 dossiers de patients hospitalisés pour érysipèle dont 25 (8,9%) ont présenté un érysipèle du membre inférieur sur cicatrice (veinectomie = 18 cas; cicatrice traumatique ou post chirurgie orthopédique = 7 cas). Il s'agit de 19 hommes et 6 femmes (âge médian = 63 ans). Le délai d'apparition de l'érysipèle par rapport à la date de la cicatrice variait de 8 mois à 26 ans. Tous les patients avaient au moins un facteur de risque de survenue d'érysipèle. Sous antibiothérapie (durée moyenne = 15 j), l'évolution a été caractérisée par la survenue de deux cas d'abcédation. Huit patients (32%) ont gardé un lymphoedème. Sur les quatorze patients suivis, quatre (28,5%) ont eu une récurrence de l'érysipèle et ce malgré une antibioprofylaxie secondaire chez trois d'entre eux.

MOTS-CLES : cicatrice, érysipèle, pontage coronarien, veinectomie.

Abstract

Erysipelas under scar has been rarely reported, except for a few cases of cellulites following saphenous venectomy for coronary by-pass surgery. We report a retrospective study about 25 patients (19 men and 6 women) admitted to hospital for erysipelas under scar uot of a series of 280 patients admitted for erysipelas over 10 years (January 1998 to December 2007). Time to onest of erysipelas with respect to date of scar ranged from 8 months to 26 years. All patients had at least one risk factor for erysipelas. Two cases of abscess were seen. In the other cases, out come was favorable after antibiotic therapy and topical care. Antibiotic prophylaxis was recommended for nine patients. Four patients relapse.

KEY-WORDS : coronary by-pass surgery, erysipelas, scar, venectomy .

Correspondance :

Dr Riadh BATTIKH
Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Tunis
1008 Montfleury – Tunis – Tunisie
E.mail : battikh_riadh@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue non nécrosante d'origine le plus souvent streptococcique. Elle survient dans 10 à 100 cas/100.000 habitants/an et touche dans plus de 85% des cas les membres inférieurs (1,2). L'insuffisance veineuse périphérique, le lymphoedème et l'obésité sont les principaux facteurs de risque de l'érysipèle dont l'apparition est favorisée par la présence d'une porte d'entrée le plus souvent cutanée (3,4). L'érysipèle survenant sur cicatrice cutanée post opératoire ou traumatique a été rarement rapporté dans la littérature en dehors de quelques cas sur cicatrice de prises de greffons veineux saphènes pour des pontages coronariens. Nous nous proposons d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et étiopathogéniques de cette entité chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons étudié rétrospectivement 280 cas d'érysipèles hospitalisés au service de médecine interne et des maladies infectieuses de l'hôpital militaire de Tunis sur une période de dix ans allant de janvier 1998 à décembre 2007. Le diagnostic d'érysipèle était retenu essentiellement sur les données cliniques : placard rouge luisant, chaud et douloureux associé ou non à une fièvre avec présence d'une porte d'entrée cutanée.

Vingt cinq patients (8,9 % de l'ensemble des cas d'érysipèles) avaient présenté au moins un épisode d'érysipèle sur cicatrice que se soit post-opératoire ou traumatique touchant dans tous les cas les membres inférieurs. A partir du dossier clinique, nous avons relevé les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'érysipèle sur cicatrice.

RÉSULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 63 ans avec des extrêmes de 29 à 77 ans. Une prédominance masculine était notée avec 19 hommes (76%) et 6 femmes (24%). La répartition saisonnière a montré une nette prédominance estivo-automnale de survenue de l'érysipèle avec un pic au mois de septembre (6 cas). La cicatrice siégeait dans tous les cas au niveau des membres inférieurs (à droite = 11 cas, à gauche = 8 cas, bilatérale = 6 cas). La cicatrice était secondaire à une veinectomie pour pontage coronarien dans 18 cas (72%) et à un traumatisme ou à une chirurgie orthopédique dans 7 cas (28%). Dans 18 cas l'érysipèle était du même coté que la cicatrice (à droite = 10 cas, à gauche = 8 cas). Un seul cas d'érysipèle bilatéral sur cicatrice des deux membres inférieurs pour pontage coronarien a été observé. Dans les cinq autres cas ou la cicatrice était bilatérale, l'érysipèle apparaît à droite chez trois patients et à gauche chez deux patients.

Le délai d'apparition de la dermo-hypodermite par rapport à la date de la cicatrice variait de 8 mois à 26 ans. Douze patients (48%) avaient présenté dans leurs antécédents au

moins un épisode d'érysipèle (avant la cicatrice = 4 cas; après la cicatrice = 8 cas). Dans la majorité des cas les patients avaient au moins un facteur de risque de survenue d'érysipèle : une surcharge pondérale avec un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 25 dans 18 cas (72%), une insuffisance veineuse périphérique dans 3 cas (12%) et un lymphoedème dans 3 cas (12%). Plusieurs facteurs de co-morbidité ont été observés chez nos patients (diabète = 9 cas ; une hypertension artérielle associée à une dyslipidémie et à une insuffisance coronarienne = 12 cas). Trois patients (12%) avaient un antécédent de phlébite du membre inférieur guérie sans séquelles. Une antibiothérapie préalable a été initiée avant l'hospitalisation chez dix patients (40%). Cliniquement, tous les patients ont présenté une jambe rouge, chaude, douloureuse centrée par la cicatrice (photographie N°1). Dix neuf patients (76%) étaient fébriles à l'admission avec une température moyenne de 39°C (extrêmes : 38°C - 39,8°C). Les six patients apyrétiques à l'admission avaient reçu au préalable une antibiothérapie. Aucun signe de gravité locale, à type de nécrose ou de crépitation sous cutanée, n'a été observé. La cicatrice était chéloïde dans 6 cas et de bonne qualité dans les autres cas. Une adénopathie satellite a été retrouvée dans sept cas (28%) et un lymphoedème a été noté chez cinq patients. La porte d'entrée identifiée dans tous les cas était multiple dans 9 cas. Il s'agissait d'un intertrigo-interorteil dans 20 cas (80%), d'une plaie cutanée traumatique dans neuf cas (36%) et d'une hyperkératose plantaire avec fissures talonnières dans six cas (24%). Une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires (moyenne des globules blancs = 13477 éléments/mm³) et un syndrome inflammatoire biologique avec des valeurs moyennes respectives de la vitesse de sédimentation, de la C réactive protéine et de la fibrinémie à 170 mm à la 1ère heure, à 51 mg/l et à 5,8 g/l, étaient constants. Les hémocultures faites dans 19 cas sont revenues toutes négatives.



Photo 1 : Erysipèle sur cicatrice de veinectomie pour pontage coronarien

Une antibiothérapie curative a été entamée dès le premier jour d'hospitalisation chez tous les patients. Douze malades (48%) ont reçu de la pénicilline G en intraveineux à une dose variant de 12 à 20 millions d'unités/jour. Une association pénicilline G et pristinamycine a été indiquée chez dix

patients (40%) chez qui une origine staphylococcique a été suspectée. Trois patients allergiques à la pénicilline avaient reçu de l'érythromycine à la dose de 3g/j en intraveineux. Secondairement, on a eu recours à l'adjonction d'un anti-staphylococcique à la Pénicilline G devant l'apparition d'abcès sous cutanés (2 cas). Cette dernière a été substituée par une céphalosporine de 3ème génération devant l'absence d'amélioration clinique (3 cas). L'antibiothérapie a été maintenue pour une durée moyenne de 15 jours avec des extrêmes de 7 à 25 jours. Une héparinothérapie à dose préventive a été prescrite chez 23 patients. Tous nos patients ont reçu un traitement antifongique local ou des soins locaux de la porte d'entrée cutanée.

L'évolution clinique était émaillée par la survenue d'un abcès sous cutané dans deux cas (8%) ce qui a nécessité une mise à plat de la collection et une adjonction à la pénicilline G d'un antistaphylococcique malgré une culture négative du pus prélevé. Huit patients (32%) ont gardé un lymphoedème séquellaire. Aucun patient n'a présenté de signes de phlébite ni cliniquement, ni à l'écho-doppler pratiquée systématiquement chez douze patients. A la sortie, neuf patients étaient mis sous antibioprofylaxie secondaire (Benzathine-pénicilline à la dose de 2,4 millions d'unités/15j en IM = 8 cas ; érythromycine à la dose de 250 mg/j per os = 1 cas). Onze patients (44%) ont été perdus de vue. Le suivi pour les quatorze autres patients s'est étendu sur une durée d'un mois à 3 ans. Parmi ces patients, quatre (28,5%) ont eu une récurrence de l'érysipèle et ce malgré une antibioprofylaxie chez trois d'entre eux. Le délai de survenue de la récurrence variait de 4 mois à deux ans de l'épisode antérieur.

DISCUSSION

L'association érysipèle et cicatrice chirurgicale ou traumatique a été rarement relatée dans la littérature en dehors de quelques cas de cellulite sur cicatrice de greffon pour pontage coronarien. En effet, rares sont les cas qui ont été rapportés depuis les premières descriptions de cette entité par Baddour et al en 1982 (5). La cicatrice opératoire ou traumatique apparaît dans la littérature comme étant un autre facteur de risque de survenue d'érysipèle et ceci par l'intermédiaire de mécanismes inflammatoires et par l'altération du drainage lymphatique qu'elle peut engendrer. En effet les manipulations opératoires que se soit au cours des veinectomies pour pontage coronarien ou au cours de la chirurgie orthopédique (ostéosynthèse, ostéotomie de valgisation, excision chirurgicale d'une masse tumorale,...) induisent une altération des canaux lymphatiques et par la suite du drainage lymphatique sans pour autant entraîner un lymphoedème. Cette stase lymphatique locale constitue un milieu favorable pour la multiplication des bactéries essentiellement le streptocoque. Ce micro-organisme va migrer à travers une porte d'entrée cutanée non traitée activant ainsi les signes inflammatoires locaux, eux-mêmes responsables d'une destruction des canaux lymphatiques. Un cercle vicieux est ainsi créé, entraînant un terrain propice pour la survenue d'un érysipèle et favorisera l'apparition des récurrences ultérieurement (2, 4, 6,7).

Chez nos patients l'érysipèle est apparue entre 8 mois et 26 ans par rapport à la date d'installation de la cicatrice. La survenue précoce à 8 mois chez l'un de nos patients est probablement en rapport avec la présence d'autres facteurs de risques (insuffisance veineuse périphérique avec un indice de masse corporelle de plus de 25). Cette période concorde avec les données de l'étude faite par Dhrif et al à propos de 3 cas d'érysipèle sur prothèse ostéoarticulaire dont le délai variait de 6 mois à 30 ans, par contre dans l'étude Baddour et al sur 9 patients avec cicatrice de veinectomie ce délai est beaucoup plus court allant de 2 mois à 2 ans (2,8). Comme ça était signalé dans la littérature, l'âge moyen avancé et la prédominance masculine de nos patients sont expliqués par la fréquence de la pathologie coronarienne chez les personnes âgées de sexe masculin (1,5, 9).

Cliniquement, l'érysipèle sur cicatrice présente les mêmes particularités que l'érysipèle sur peau saine (1, 8, 9, 10). L'aspect clinique est celui d'un placard inflammatoire érythémateux douloureux fébrile au sein de la cicatrice cutanée. La fréquence des adénopathies satellites (28% dans notre série) et d'un lymphoedème préexistant (20% dans notre série) concorde avec les données de la littérature (1,4). L'hyperleucocytose et le syndrome inflammatoire biologique sont quasi constants.

D'après les quelques cas rapportés dans la littérature, le traitement antibiotique de l'érysipèle sur cicatrice ne nécessitera ni une durée plus prolongée, ni des doses plus importantes de pénicilline (1, 4, 9). Chez nos patients la durée moyenne de l'antibiothérapie paraît un peu plus longue (15 jours) que celle préconisée pour un érysipèle simple (7 – 10 jours) du fait de la fréquence des comorbidités sous jacentes, de la notion d'érysipèle récidivant chez la plupart de nos patients (48%) et de l'apparition d'abcès dans deux cas ce qui a nécessité la prolongation du traitement.

D'une façon générale et à court terme, l'érysipèle du membre inférieur sur « peau saine » peut se compliquer de phlébite (0,7 à 4,9%), d'abcès (3 à 12%), de bactériémie ou rarement de fasciite nécrosante (1). La mise systématique de nos patients sous héparinothérapie explique l'absence de survenue de phlébite chez nos patients malgré un terrain favorisant. Problème majeur de l'érysipèle, les récurrences sont observées dans 6 – 57% après un premier épisode (12). Elle serait de 12 % à 6 mois et de 30 % à 3 ans (1). Dans notre série, la récurrence a été observée à quatre mois de l'épisode antérieur chez un patient (7,1%) et à deux ans chez quatre patients (28,5%). Ces patients, en plus de la cicatrice cutanée, qui était chéloïde dans un cas, avaient d'autres facteurs de risques avec un indice de masse corporelle > 25 dans les quatre cas, une porte d'entrée récidivante ou persistante (intertrigo-inter-orteils = 2 cas ; plaie infectée = 2 cas). Aucun de ces patients n'avait un lymphoedème ou une insuffisance veineuse. Cette recrudescence en l'absence de lymphoedème évident cliniquement peut être expliquée par le fait que ce n'est pas le lymphoedème en lui même qui est responsable de l'apparition de l'érysipèle mais plutôt l'association concomitante d'une porte d'entrée cutanée, d'un défaut du drainage au niveau de la microcirculation lymphatique locale détruite en per-opératoire et d'une infection streptococcique patente (6,7). Les facteurs généraux tels que le diabète et la pathologie cardiaque ont

peu d'influence (3, 10, 11). A l'instar de ce qui se passe au cours de certaines localisations cutanées lymphomateuses avec infiltration très particulière en regard d'une cicatrice, d'un vitiligo ou d'un psoriasis, l'érysipèle sur cicatrice pourrait faire évoquer un « phénomène de Koebner » ou il est supposé que l'agression cutanée ait entraîné le développement d'un processus inflammatoire favorisant la colonisation par certaines bactéries

CONCLUSION

L'érysipèle sur cicatrice post opératoire ou traumatique présente les mêmes particularités cliniques et thérapeutiques que l'érysipèle sur membre sain. Toutefois la cicatrice en elle-même constitue un facteur de risque de plus de survenue et de récurrence d'érysipèle. Elles sont favorisées par la présence d'une porte d'entrée cutanée chez des patients présentant des facteurs de co-morbidités potentiellement graves. Le taux de récurrence assez important, malgré parfois une antibioprofylaxie, incite à donner plus d'importance à la prise en charge des facteurs favorisants de récurrence et à traiter toute porte d'entrée cutanée survenant chez ces patients.

Référence

1. Conférence de consensus. Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Med Mal Infect* 2000 ; 30 : 252-72.
2. Dhrif A.S, El Euch D, Ben Tekaya N, Mokni M, Cherif F, Azaiz M et al. Erysipèle après prothèses ostéoarticulaires. *Méd Mal Inf* 2005 ; 35 : 463-5.
3. Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, Dhaoui R, Bouassida S, Amri M et al. Risk factors for erysipelas of the leg in Tunisia: A multicenter case-control study. *Dermatology* 2006 ; 212 : 108-12.
4. Vaillant L, Gironet N. Complications infectieuses des lymphoedèmes. *Rev Méd Interne* 2002 ; 23 : 403-7.
5. Larry M, Baddour MD, Paul B, Googe MD, Scott L, Stevens MD. Biopsy specimen findings in patients with previous lower extremity cellulitis after saphenous venectomy for coronary artery bypass graft surgery. *J Am Acad Dermatol* 1997 ; 37 : 246-9
6. Baddour LM, Bisno AL. Recurrent cellulitis after saphenous venectomy for coronary bypass surgery. *Ann Intern Med* 1982 ; 97 : 493-6
7. Turner DP, Nagra RS, Large S, Seaton D. Recurrent cellulitis following coronary bypass surgery. *J Hosp Infect* 1995 ; 30 : 80-8
8. Baddour LM, Bisno AL. Recurrent cellulitis after coronary bypass surgery. Association with superficial fungal infection in saphenous venectomy limbs. *JAMA* 1984 ; 251 : 1049-52
9. Karakas M, Baba M, Aksungur VL, Memisoglu HR, Akungur EH, Denli YG et al. Manifestation of cellulitis after saphenous venectomy for coronary bypass surgery. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002 ; 16 : 438-40
10. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P, Vaillant L, Chosidow O et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ* 1999 ; 318 : 1591-4
11. Leclerc S, Teixeira A, Mahé E, Descamps V, Crickx B, Chosidow O. Recurrent erysipelas : 47 cases. *Dermatology* 2007 ; 214 : 52-7
12. Cricks B, Chevron F, Sigal-Nahum M, Bilet S, Faucher F, Picard C et al. Erysipèle: données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (111 cas). *Ann Dermatol Vénérolog* 1991 ; 118 : 11-6
13. Charavin-Cocuzza M, Templiera I, Simonb A, Salameirec D, Cucheta E, Reymonda J et al. Dermohypodermite fébrile péricicatricielle révélatrice d'un lymphome B immunoblastique à grandes cellules. *Ann Dermatol Vénérolog* 2008 ; 135 : 848-51