

1. Introduction

1.1. Rappel

L'érysipèle est une dermohypodermite aigue non nécrosante, d'origine bactérienne essentiellement streptococcique (streptocoque β -hémolytique A, B, C et G) pouvant récidiver.

Des facteurs de risque ont été mis en évidence :

- locaux : lymphœdème, ulcère de jambe, porte d'entrée ;
- généraux : obésité.

Le diabète et l'éthylisme ne semblent pas être des facteurs de risque.

Les examens bactériologiques n'ont pas d'intérêt dans le diagnostic des formes caractéristiques et sans facteurs de risque (préconisé uniquement dans les formes atypiques et/ou existence de signe de comorbidité).

1.2. Clinique

Le début est souvent **brutal**, associe des signes généraux (**fièvre et frissons**) et des signes locaux (**placard inflammatoire sans nécrose**) avec parfois présence de lymphangite et d'adénopathie satellite sensible. La porte d'entrée doit être recherchée.

Il convient d'éliminer certaines pathologies :

- la dermohypodermite nécrosante, fasciite nécrosante ;
- la phlébite profonde et superficielle ;
- la dermohypodermite bactérienne aiguë à autres germes spécifiques ;
- la dermite de stase ;
- la dermohypodermite sur cicatrice.

2. Conduite à tenir

Voir l'arbre décisionnel page suivante.

Prévention primaire

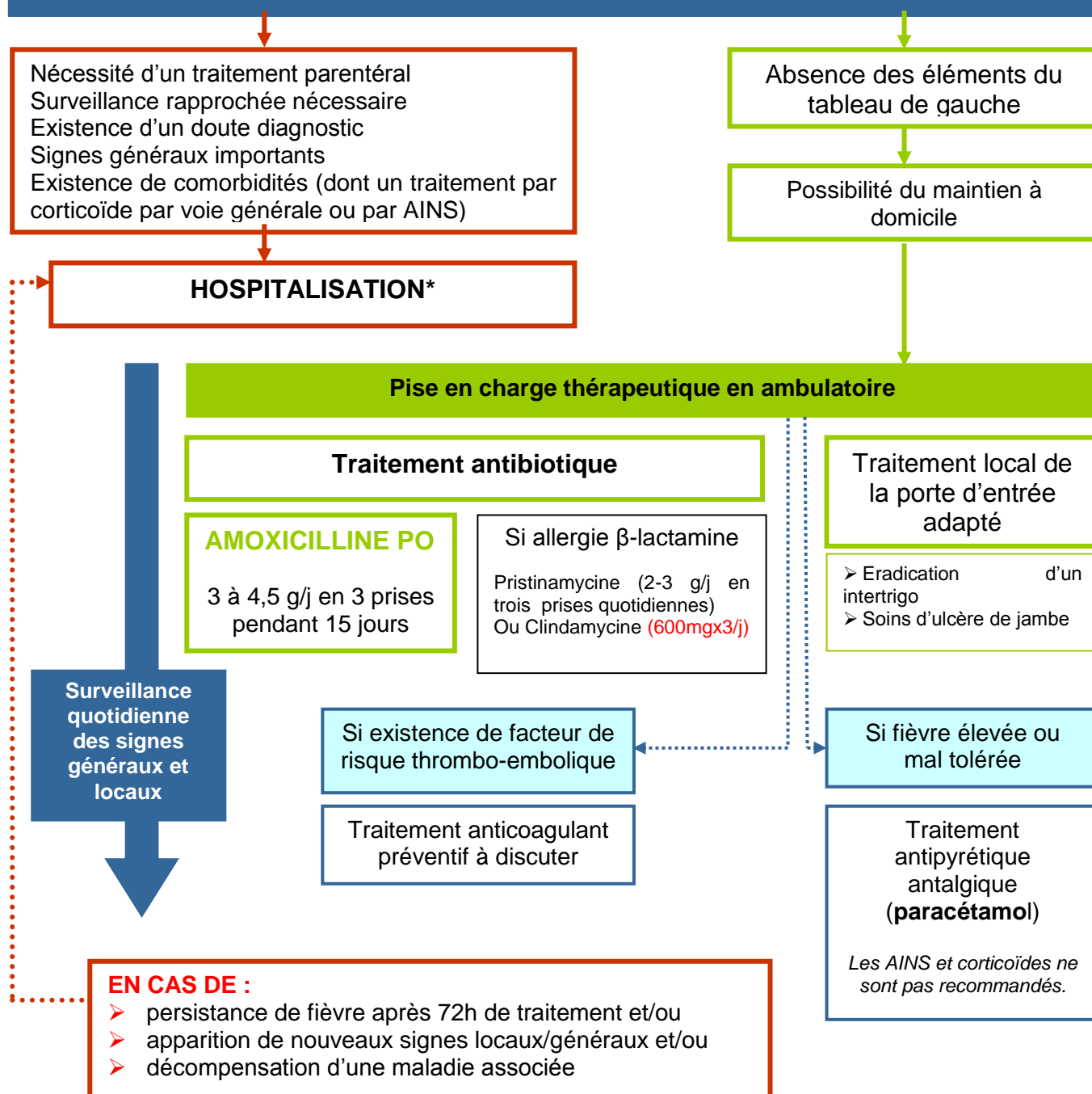
La prise en charge adaptée de la stase veineuse et lymphatique et le traitement des intertrigos inter-orteils sont recommandés dans la population générale

Prévention secondaire

Indispensable à mettre en œuvre dès le premier épisode d'érysipèle.

- Identification et traitement de la porte d'entrée (surtout si elle est chronique).
- Prise en charge au long cours d'un lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse.
- Antibiothérapie préventive si plusieurs récurrences ou facteurs favorisants non contrôlables.
 - Prolongée voire définitive
 - Pénicilline V : 2 à 4 MU/j po en deux prises quotidiennes
 - Ou Benzathine pénicilline : 2 à 4 MU IM toutes les 2-3 semaines
 - Ou si allergie aux β -lactamines : Macrolide PO

DIAGNOSTIC D'ERYSIPELE



* Traitement par voie parentérale : Pénicilline G 12 à 24 MU/j en 4 à 6 perfusions ou amoxicilline 50 à 100 mg/kg/j en 3 perfusions jusqu'à obtention de l'apyrexie, relai par voie orale dès que possible.

L'évolution est généralement favorable 8 à 10 jours sous traitement antibiotique.

Il convient ensuite de réfléchir sur la mise en œuvre de la prévention des récurrences suite à un premier épisode d'érysipèle.
De plus, penser à refaire le point sur la vaccination anti-tétanique.

Sources

[1] Erysipèle et Fasciite nécrosante : Prise en charge. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et Société française de dermatologie. Janvier 2000. *Méd Mal Infect* 2000 ; 30 : 241-5.