

Dermo-hypodermite bactériennes et fasciites nécrosantes : 104 observations au Togo

Saka B, Kombaté K, Mouhari-Toure A, Akakpo S, Boukari T, Pitché P, Tchangai-Walla K.

Service de dermatologie, CHU Tokoin, Lomé, Togo

Med Trop 2011 ; **71** : 162-164

RÉSUMÉ • *Objectifs*. Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des dermo-hypodermite bactériennes (DHB) rencontrées en milieu hospitalier à Lomé (Togo). Malades et méthode : Etude rétrospective portant sur les cas de DHB observés dans les services de dermatologie et de médecine interne du CHU de Lomé de janvier 1999 à décembre 2009. *Résultats*. Cent quatre patients ont été hospitalisés pour une DHB durant la période d'étude. L'âge moyen des patients était de $42,9 \pm 16,1$ ans et le sex-ratio (H/F) de 0,89. La sérologie VIH était positive chez 10 des 37 patients chez qui elle avait été réalisée. Les localisations observées étaient les jambes et pieds dans 93 cas (89,4%), le membre inférieur en totalité dans 4 cas (3,9%), les membres supérieurs dans 4 cas (3,9%), les cuisses dans 2 cas (1,9%) et les fesses dans 1 cas (0,9%). Les principaux facteurs loco-régionaux et généraux relevés étaient : l'existence d'une porte d'entrée (89 cas), l'utilisation de produits dépigmentants (11 cas), l'infection à VIH (10 cas), un antécédent d'érysipèle (9 cas) et un lymphoedème (8 cas). Le traitement de première intention a été la Pénicilline G chez 90 patients. Sept patients ont eu une fasciite nécrosante (DHB-FN). Ces formes étaient associées à l'infection par le VIH dans 2 cas, à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) dans 2 cas et aux pratiques cosmétiques dépigmentantes dans un cas. Nous avons noté 2 décès, tous dans le groupe des fasciites dont un était infecté par le VIH. Une récurrence a été notée chez 8 patients et des séquelles à type d'éléphantiasis du membre inférieur chez 7 patients. *Discussion*. Notre étude montre une incidence inchangée des DHB en milieu hospitalier à Lomé. Nos résultats documentent la fréquence des pratiques cosmétiques dépigmentantes et de l'infection par le VIH parmi les facteurs de risque des DHB au Togo.

MOTS-CLÉS • Dermo-hypodermite bactérienne. Erysipèle. Fasciite nécrosante. Infection VIH. Togo.

BACTERIAL DERMOHYPODERMITIS AND NECROTIZING FASCIITIS: 104-CASE SERIES FROM TOGO.

ABSTRACT • The purpose of this retrospective study was to obtain data on the epidemiology, clinical features, and outcome of bacterial dermohypodermatitis (BDH) observed in a hospital setting hospital in Lomé, Togo. Cases of BDH treated in dermatology and internal medicine of the Lomé university hospital center from January 1999 to December 2009 were reviewed. A total of 104 patients were hospitalized for BDH during the study period. Mean patient age was 42.9 ± 16.1 years and sex ratio (M/F) was 0.89. Infection by HIV was detected in 10 of 37 patients in whom serology was performed. The site of erysipelas was located on the legs and feet in 93 cases (89.4%), entire lower limb in 4 (3.9%), upper limbs in 4 (3.9%), thighs in 2 (1.9%), and buttock in 1 (0.9%). The main local and systemic risk factors were existence of an entry site in 89 cases, use of depigmenting drugs in 11, HIV infection in 10, previous history of erysipelas in 9 cases, and lymphoedema in 8. First-line treatment used penicillin G in 90 cases. Seven patients presented necrotizing fasciitis. Necrotizing fasciitis was associated with HIV infection in 2 cases, use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) in 2, and use of depigmenting drugs in one. Two deaths were recorded in the necrotizing fasciitis group including one HIV-infected patient. Recurrence was observed in 8 patients and secondary complications such as lower limb elephantiasis occurred in 7 patients.

KEY WORDS • Bacterial dermohypodermatitis. Erysipelas. Necrotizing fasciitis. HIV infection. Togo.

La dermo-hypodermite bactérienne (DHB) est une infection des couches profondes de la peau (derme et hypoderme) qui regroupe l'érysipèle (dont l'étiologie est principalement streptococcique, mais d'autres germes peuvent être identifiés, staphylocoques en particulier (1)) et les cellulites. C'est une affection qui touche les sujets de tous les niveaux socio-économiques sans distinction de population (2). Le but de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des DHB observées au CHU de Lomé (Togo).

Malades et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les cas de DHB et de fasciites nécrosantes hospitalisés dans les services de der-

matologie et de médecine interne du CHU de Lomé de janvier 1999 à décembre 2009. Le diagnostic de DHB était clinique, basé sur la présence d'une fièvre supérieure ou égale à $38,5^{\circ}$ d'apparition brutale, s'accompagnant ou non de frissons, associée à un placard inflammatoire bien circonscrit et régressant sous antibiothérapie adaptée (3-5). Le diagnostic de fasciite nécrosante était porté en cas de nécrose du tissu conjonctif et adipeux avec présence de purpura nécrotique, de zones cutanées bleutées ou pâles, de zones hypo ou anesthésiques associées à une altération de l'état général, ne régressant pas sous antibiotiques et nécessitant une exploration chirurgicale qui montrait une nécrose du fascia. Tous les patients ont fait l'objet d'un examen clinique à la recherche de porte d'entrée, lymphoedème, insuffisance veineuse, obésité, utilisation d'agents dépigmentants, éthylisme chronique. L'hémogramme et le dosage de la glycémie étaient systématiquement réalisés. La sérologie VIH et le prélèvement bactériologique de la porte d'entrée n'ont pas été effectués chez tous les patients. Aucun patient n'a bénéficié d'une hémoculture.

• Correspondance : barthelemy.saka@yahoo.fr

• Article reçu le 10/02/2010, définitivement accepté le 14/09/2010

Résultats

Durant la période d'étude, 104 patients ont été hospitalisés pour une DHB. La durée moyenne d'hospitalisation était de 21 jours (extrêmes : 10 jours et 81 jours). L'âge moyen des patients était de $42,9 \pm 16,1$ ans avec des extrêmes allant de 7 à 82 ans. Il y avait 55 femmes pour 49 hommes, soit un sex-ratio (Homme/femme) de 0,89. Le délai de consultation après le début des premiers symptômes était supérieur ou égal à 3 jours pour 88 patients (84,6%). La sérologie VIH était positive chez 10 (27%) des 37 patients chez qui elle avait été réalisée. Une porte d'entrée potentielle a été retrouvée chez 89 patients (85,6%). Ces portes d'entrée étaient représentées par les intertrigos interorteils (37 cas), une plaie traumatique négligée (35 cas), un ulcère de jambe (11 cas), un eczéma (5 cas), un furoncle (3 cas), un prurigo (2 cas) et un cas de scarification, certains patients pouvant avoir plusieurs portes d'entrée potentielles. Les facteurs de risque associés et les localisations de ces DHB sont détaillés dans le tableau 1. Les produits dépigmentants utilisés étaient les dermocorticoïdes (6 cas), l'hydroquinone (2 cas), les dérivés mercuriels (1 cas) et un mélange de dermocorticoïdes et d'hydroquinone (2 cas).

Nous avons observé sept cas (7,86%) de fasciite nécrosante survenus secondairement après le début du traitement médical. Les facteurs favorisants éventuels mis en évidence chez ces patients étaient l'utilisation de la dépigmentation artificielle dans un cas, l'immunodépression VIH dans deux cas et la prise d'AINS dans deux cas (Tableau 1). Un prélèvement bactériologique de la porte d'entrée a été positif chez 13 des 16 patients chez qui il a été effectué avec isolement de Streptocoque (n=4), du Staphylocoque doré (n=7) et de bacilles Gram négatif (n=2).

Le traitement de première intention était la Pénicilline G parentérale à raison de 10 millions d'unités par jour pendant 10 jours. Le relais oral était l'amoxicilline seule 2 grammes par jour pendant 10 jours (90 cas), l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique 2 grammes par jour pendant 10 jours (10 cas) et l'azithromycine 500 mg par jour pendant 6 jours (4 cas). Ces traitements ont été efficaces chez 97 patients (93,3%) et inefficaces dans les 7 cas de fasciites nécrosantes. Pour ces cas, une excision chirurgicale des tissus nécrosés a été réalisée suivie des pansements jusqu'à cicatrisation.

Tableau 1. Prévalence des facteurs cliniques des dermo-hypodermes bactériennes (DHB) et fasciites nécrosantes.

	DHB n = 97	Fasciites nécrosantes n = 7	Total n = 104
Facteurs de risque			
Porte d'entrée potentielle	85 (87,6%)	4 (57,1%)	89 (85,6%)
Pratiques cosmétiques dépigmentantes	10 (10,3%)	1 (14,3%)	11 (10,6%)
Infection par le VIH	8 (8,2%)	2 (28,6%)	10 (9,6%)
Antécédent d'érysipèle	9 (9,3%)	-	9 (8,7%)
Lymphœdème	8 (8,2%)	-	8 (7,7%)
Diabète	5 (5,2%)	-	5 (4,8%)
Prise d'AINS	1 (1%)	2 (28,6%)	3 (2,9%)
Etat d'obésité	3 (3,1%)	-	3 (2,9%)
Insuffisance veineuse	2 (2,1%)	-	2 (1,9%)
Ethylisme chronique	1 (1%)	-	1 (0,9%)
Localisation			
Membre inférieur en totalité	4 (4,1%)	-	4 (3,7%)
Jambe et pied	86 (88,7%)	7 (100%)	93 (89,4%)
Cuisse	2 (2,1%)	-	2 (1,9%)
Fesse	1 (1%)	-	1 (0,9%)
Membre supérieur	4 (4,1%)	-	4 (3,7%)

trisation. Nous avons obtenu cinq guérisons (71,4%) et deux décès (28,6%) dont un cas infecté par le VIH dans le groupe des fasciites. Une récurrence de la DHB a été observée dans huit cas dont un cas dans les trois premiers mois, trois cas entre 3 et 6 mois et quatre cas après 6 mois. Nous avons également noté des séquelles à type d'éléphantiasis du membre inférieur chez sept patients.

Discussion

Notre étude a montré une incidence inchangée des DHB comparativement à la précédente étude menée dans les mêmes services (6). La prédominance féminine notée dans notre étude est habituelle dans les DHB (3, 6-8). La localisation aux membres inférieurs et surtout aux jambes et pieds reste actuellement la forme clinique la plus observée à travers le monde des DHB et notamment des érysipèles : 76 à 93% selon les séries (3, 6-11). La localisation aux membres inférieurs a été observée chez 96% des patients de notre série. Cette localisation préférentielle pourrait s'expliquer par la grande fréquence avec laquelle ceux-ci sont le siège des facteurs loco-régionaux favorisant la survenue des DHB. Ces facteurs loco-régionaux identifiés par des études contrôlées sont l'existence d'une porte d'entrée, la présence d'un œdème des membres inférieurs et une atteinte vasculaire périphérique (4, 12). La porte d'entrée est trouvée dans 67 à 86% selon les séries (3, 6-10). Ces portes d'entrée sont dominées par les intertrigos interorteils, les plaies traumatiques, les ulcères de jambe et les dermatoses excoriées (3, 6-10). Il existe une similitude entre les facteurs généraux et loco-régionaux trouvés dans notre série et ceux de la série de Pitché *et al.* (6). Cependant, notre étude se distingue d'elle par deux particularités : l'utilisation des agents dépigmentants par 10,6% de nos patients et la fréquence élevée de l'infection par le VIH (10/37 soit 27% des patients testés). Ce taux de 27% semble être très élevé en sachant que la séroprévalence du VIH/SIDA au Togo est estimée à 3,2% (13). Cependant, la sérologie VIH n'a été pratiquée que chez 37 des 104 patients inclus dans l'étude. De plus, deux des sept patients ayant une fasciite nécrosante étaient infectés par le VIH. Cissé *et al.* (7) ont noté également une fréquence élevée de l'infection par le VIH dans leur série (18% des malades testés). Dans cette étude, trois des onze patients ayant une fasciite nécrosante étaient infectés par le VIH. Ces constatations amènent à considérer l'infection par le VIH comme un facteur de risque et de gravité des DHB. L'utilisation des cosmétiques dépigmentants par 10,6% de nos patients atteints de DHB donne une idée de la fréquence de cette pratique au Togo. Ce taux est inférieur aux 32% et 91% notés respectivement en Guinée (7) et au Congo (14). Dieng *et al.* ont publié une série de 60 cas de DHB de gravité variable favorisées par l'utilisation de cosmétiques dépigmentants au Sénégal (15). En effet, les DHB constituent une des complications infectieuses de la dépigmentation volontaire en Afrique (16, 17). Les agents dépigmentants sur la peau entraînent une atrophie et une fragilité cutanées facilitant la constitution des portes d'entrée. Notre étude montre également que 28,6% des patients atteints des formes nécrosantes avaient pris auparavant un AINS. Les AINS pourraient avoir une action néfaste propre ou masquer les signes de gravité des DHB. Ce rôle favorisant ou aggravant d'une prise d'AINS a été évoqué et diversement apprécié. Cissé *et al.* (7) ont montré que tous les onze patients de leur série ayant une fasciite nécrosante avaient pris auparavant un AINS. Dans les séries de Pitché *et al.* (6) et Crickx *et al.* (10), des patients avaient pris ces AINS sans qu'il soit mentionné si cette prise avait eu un effet favorisant ou aggravant.

L'évolution des DHB et notamment des érysipèles est émaillée de récurrences qui prédisposent les patients à des séquelles à type de lymphœdème des membres inférieurs. Selon Leclerc *et al.* (18), les récurrences ont les mêmes facteurs de risque que le premier épisode d'érysipèle. Le taux de récurrence au cours de notre étude est proche des 10 % trouvés par Pitché *et al.* (6). Nous avons noté deux décès, tous dans le groupe des fasciites nécrosantes. Les deux décès observés en Guinée (7) sont également survenus dans le groupe des fasciites nécrosantes démontrant ainsi que ces formes compliquées constituent un facteur de mauvais pronostic au cours des DHB.

Conclusion

Les pratiques cosmétiques dépigmentantes représentent par leur fréquence un véritable phénomène de société au Togo. Elles induisent de nombreuses complications dermatologiques et notamment de DHB qui ont un impact considérable sur la pratique de la dermatologie en zone tropicale. Les résultats de notre étude reposent la problématique du rôle potentiellement aggravant de la prise d'AINS au cours des DHB. Enfin au Togo, l'infection par le VIH constitue un facteur supplémentaire de gravité des dermohypodermes bactériennes et notamment de risque de fasciite nécrosante.

Références

- Bernard P, Bedane C, Mounier M, Denis F, Bonnetblanc JM. Dermohypodermes bactériennes de l'adulte : incidence et place de l'étiologie streptococcique. *Ann Dermatol Venereol* 1995; 12 : 495-500.
- Ligtenberg G, Blankestijn PJ, Koomans HA. Erysipelas: not always innocent. *Neth J Med* 1993; 43 : 179-82.
- Lorette G, Py F, Machel L, Vaillant L. Erysipèle : étude rétrospective de 100 cas. *Med Hyg* 1990; 48 : 764-8.
- Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P, Vaillant L, Chosidow O, *et al.* Risk factors for erysipelas of the legs (cellulitis): case-control study. *BMJ* 1999; 318 : 1591-4.
- Celestin R, Brown J, Kihiczak G, Schwartz RA. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat* 2007; 16 : 123-7.
- Pitché P, Tchangai-Walla K. Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo). *Bull Soc Pathol Exot* 1997; 90 : 189-91.
- Cissé M, Kéita M, Touré A, Camara A, Machel L, Lorette G. Dermohypodermes bactériennes : étude monocentrique rétrospective de 244 cas observés en Guinée. *Ann Dermatol Venereol* 2007; 134 : 748-51.
- Lanoux P, Penalba C, Legin C, Kivade M, Réveil JC. L'érysipèle. A propos de 118 observations. *Med Mal Inf* 1993; 23 : 908-12.
- Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, Sjöblom AC, Holm SE. Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. *Clin Infect Dis* 1996; 23 : 1091-8.
- Crickx B, Chevron F, Sigal-Nahum M, Bilet S, Faucher F, Picard C, *et al.* Erysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Ann Dermatol Venereol* 1991; 118 : 11-6.
- Concheiro J, Loureiro M, González-Vilas D, Garcia-Gavín J, Sánchez-Aguilar D, Toribio J. Erysipelas and cellulitis: a retrospective study of 122 cases. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100 : 888-94.
- Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, Dhaoui R, Bouassida S, Amri M, *et al.* Risk factors of erysipelas of the legs in Tunisia: a multicenter case-control study. *Dermatology* 2006; 212 : 108-12.
- Ministère de la santé du Togo : Rapport du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS-Togo). Juillet 2008, 88 pages.
- Gathse A, Bengui O, Nsiba H. Etude rétrospective de 53 érysipèles hospitalisés au CHU de Brazzaville, Congo. *Bull Soc Pathol Exot* 2006; 99 : 3-4.
- Dieng MT, Diop NN, Niang SO, Boye A, Sy TN, Gueye AD, *et al.* Dermo-hypodermite et dépigmentation. A propos de 60 cas observés au Sénégal. *Nouv Dermatol* 2001; 20 : 630-2.
- Ly F. Complications dermatologiques de la dépigmentation artificielle en Afrique. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133 : 899-906.
- Morand JJ, Ly F, Lightburn E, Mahé A. Complications de la dépigmentation cosmétique en Afrique. *Med Trop* 2007; 67 : 627-34.
- Leclerc S, Teixeira A, Mahé E, Descamps V, Crickx B, Chosidow O. Recurrent erysipelas : 47 cases. *Dermatology* 2007; 21 : 52-7.



Poisson séché, Viêt-Nam © Aurélie Morand