

ITEM N°204 : GROSSE JAMBE ROUGE AIGÜE (D'ORIGINE INFECTIEUSE), ERYSIPELE, CELLULITE...

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. - Diagnostiquer une grosse jambe rouge aiguë
- II. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge
- III. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

INTRODUCTION

Une grosse jambe rouge aiguë est le plus souvent synonyme d'une dermohypodermite ou érysipèle associé à une fièvre parfois élevée.

L'atteinte des plans profonds et la nécrose des tissus cellulaires, fascia ou muscle en font une infection grave, susceptible de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.

Les streptocoques pyogènes A, C, G représentent l'essentiel des étiologies.

Une porte d'entrée souvent minime est retrouvée, tandis que l'œdème chronique représente le facteur de risque principal.

L'interrogatoire recherche :

- une porte d'entrée : lésion, traumatisme ;
- des facteurs favorisants :
 - o œdème, stase veineuse ;
 - o diabète, immunodépression ;
- un antécédent du même type (tendance à la récurrence).

I. DIAGNOSTIQUER UNE GROSSE JAMBE ROUGE AIGÜE

1. CLINIQUE

- Rougeur locale vive.
- Chaleur.
- Douleur, notamment à l'orthostatisme ou à la palpation.
- Tuméfaction inflammatoire ± adénopathies inguinales.
- Plaie ou intertrigo négligé.
- Notion d'œdème ou signes de stase veino-lymphatique.

2. FORMES GRAVES OU COMPLIQUEES

Après un début identique, aggravation de la situation :

- au niveau local : nécrose cutanée, taches cyaniques puis grisâtres, nécessitant un parage chirurgical ;
- au niveau général, signes de sepsis sévère nécessitant une surveillance rapprochée.

3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

3.1 THROMBOPHLEBITE

- Superficielle, périphlébite, perception anormale et douloureuse d'une veine superficielle.
- Profonde, de diagnostic plus difficile, méconnue ou typique. Les signes locaux et généraux sont moins marqués. L'échodoppler permettra de trancher.

3.2 ULCERATION CHRONIQUE DE JAMBE

Naturellement colonisée, ces lésions peuvent représenter la porte d'entrée d'une dermohypodermite ou d'une lymphangite.

3.3 INOCULATIONS SEPTIQUES CHEZ LE PATIENT TOXICOMANE

Multi-abcès ou cellulites au niveau des ponctions veineuses, d'âges différents.

3.4 DERMO-HYPODERMITE AIGUË PAR MORSURE

Cf. Items 101, 203

3.5 PLUS RAREMENT, PLACARD INFLAMMATOIRE en regard d'une ostéomyélite aiguë ou d'un mal perforant plantaire chez un patient diabétique.

II. IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

L'érysipèle, dans sa forme habituelle, ne nécessite pas d'hospitalisation, sauf :

- en cas de comorbidités
- de conditions médico-sociales
- d'aggravation des lésions ou de persistance de la fièvre après le 4^e jour.

La dermohypodermite nécrosante requiert une prise en charge médico-chirurgicale urgente, en milieu hospitalier.

1. DIAGNOSTIC

Essentiellement clinique :

- *L'échodoppler* élimine une phlébite en cas de doute les hémocultures sont rarement positives.
- *Le prélèvement au niveau de la porte d'entrée* peut permettre l'isolement le plus souvent d'un Streptocoque.
- *Le bilan biologique* est peu spécifique : augmentation de la CRP.
- *TDM ou IRM* peuvent être utiles dans les formes graves.

III. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

1. TRAITEMENT DE L'ERYSIPELE

- Pénicilline G IV ou amoxicilline *per os* pendant 10 à 14 jours.
- Pristinamycine, clindamycine, glycopeptides en cas d'allergie.
- Antalgique, mise en décharge.
- Anticoagulation préventive selon le contexte non systématique.
- Prise en charge d'intertrigo anti-mycosique.
- Analyse de l'état vaccinal tétanique, en cas de plaies chroniques.

2. HYPODERMITE OU FASCIITE NECROSANTE

- Urgence médicochirurgicale.
- Adjonction d'un antibiotique à visée anti-toxinique : clindamycine.
- Mesures de réanimation, cardio-vasculaire, hydroélectrolytique.
- Exérèse des tissus nécrosés, cicatrisation dirigée et recours secondaire à la chirurgie plastique.

3. DERMOHYPODERMITE AIGUË CHEZ LE TOXICOMANE

- Multi-abcès le plus souvent à Staphylocoque doré ou autres germes : antibiothérapie type Pénicilline M, ou association amoxicilline + ac. clavulanique.
- Drainage itératif des abcès.



**DOSSIERS CLINIQUES : DC 2008-101 ; DC 2008-102 ; DC 2008-103 ;
DC 2008-104 ; DC 2008-105**

Pour en savoir plus

E. PILLY 2008

Chapitre 47
Chapitre 48