

Conseils en antibiothérapie pour les urgences : comment être efficient ?

Pascal André

Pierre-Marie Roger

7^{ème} Journée des Référents en Antibiothérapie

13^{ème} Journées nationales d'Infectiologie

Tours 2012

Mise en situation

- Dossiers cliniques (PM Roger) dossier joint
 - Sémiologie et diagnostic précis
 - Diagnostic différentiel
 - Scores, intérêt et limites
 - Messages clefs et conseils en antibiothérapie aux urgences

Patiente âgée de 96 ans adressée au SAU pour dyspnée fébrile

- **Antécédents :**
 - Aucun
- **Comorbidités :**
 - Hypercholestérolémie
- **Histoire de la maladie :**
 - Patiente adressée par son médecin traitant pour une toux évoluant depuis une semaine, avec fièvre depuis 3 à 4 jours, ayant motivé la prescription de PYOSTACINE et de SOLUPRED.

cliniquement

- A l'examen d'entrée, constantes correctes, saturation à 98 % sous 3 litres d'oxygène.
- A l'auscultation, foyer de crépitants en base droite ; la patiente est polypnéique, avec un tirage sus-claviculaire.
- Le reste de l'examen somatique est normal ou non contributif

Données biologiques

- CRP : 78 mg/l (384 mg/l à l'entrée)
- Ionogramme : normal
- Urée : 4 mmol/l, créatinine : 65 μ mol/l
- Hépatite biologique : Gamma-GT à 100 UI/l, phosphatases alcalines : 132 UI/l; ASAT : 45 UI/l, ALAT : 52 UI/l, bilirubine : normale
- Leucocytes : 11.000, hémoglobine : 11,1 g/dl, VGM : 86, plaquettes : 162.000
 - neutrophiles : 7500, lymphocytes : 1300
- BNP : 300 pg/ml

ASSIS

HOPITAL SAINT ROCH
2653743
21:11:28
28/01/2012

Orientation(s) diagnostique(s) ?

Demande 1201281279

DH demande 28/01/12 22:46

date de prélèvement 28-01-12 (22:46)

Ag solubles Legionella pneumophila négative par la méthode Binax Now

Ag solubles Pneumocoque négative par la méthode Binax Now

Demande 1201300682

DH demande 30/01/12 08:37

date de prélèvement 29-01-12 (16:00)

PRELEVEMENT : HEMOCULTURE Fan aérobie - Origine : Ponction veineuse
périphérique

Résultat fan aérobie Négative

PRELEVEMENT : HEMOCULTURE Fan anaérobie - Origine : Ponction veineuse
périphérique

Résultat fan anaérobie Négative

Demande 1201290672

DH demande 29/01/12 11:28

date de prélèvement 28-01-12 (20:50)

PRELEVEMENT : HEMOCULTURE aérobie - Origine : ponction veineuse périphérique

Résultat hémoculture aérobie Négative

PRELEVEMENT : HEMOCULTURE anaérobie - Origine : Ponction veineuse
périphérique

Résultat hémoculture anaérobie Négative

Demande 1201290543

DH demande 29/01/12 10:10

date de prélèvement

28-01-12 (21:45)

PRELEVEMENT :

Urine - Origine : par sondage

Aspect limpide

Leucocytes 6 / μ l

Hématies 20 / μ l

Cellules Absence

Coloration de Gram Examen direct non pratiqué

Résultat : stérile

- **Diagnostic principal de l'Hospitalisation : Pneumonie communautaire de la base droite Fine IV**

Virologie

Demande 1202010988

DH demande 01/02/12 09:01

Date de prélèvement . 01-02-12 (06:00)

Séro Mycoplasma pneumo ... <32

Un titre supérieur à 64 est significatif d'une infection récente ou semi récente.

Résultat à interpréter et éventuellement à contrôler sur un nouveau prélèvement en fonction du contexte clinique .

Chlamydia pneumoniae IgG ... Négatif

Chlamydia pneumoniae IgM .. Négatif

Sérologie Légionelle (EIA) ... Negatif

Message

Patient âgé de 46 ans adressé au SAU pour AEG et chutes à répétition

- **Antécédents :**
- Hématome sous-dural en 1986
- **Comorbidités :**
 - Epilepsie
 - Syndrome cérébelleux
 - Retard mental
- Habitus : le patient vit dans une M.A.S.

HDLM / données cliniques

- Depuis 4 jours, le patient présente des chutes à répétition avec notion de traumatisme crânien, sans perte de connaissance a priori.
- Pas de notion de crise comitiale récente.
- A l'examen d'entrée, constantes parfaites, patient fébrile à 38°3, examen neurologique strictement normal.
- En revanche, sur le plan pulmonaire, toux productive avec quelques ronchis bilatéraux.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Leucocytes	x10 ⁹ /l	10.6 (*)	
Erythrocytes	x10 ¹² /l		4.62
Hémoglobine .	g/dl		14.2 (T)
Plaquettes	x10 ⁹ /l	143 (*) (T)	
Neutrophiles %	.	75.9 (*)	
Soit :	.		8.0 (*)
Eosinophiles %	.	0.8 (*)	
Soit :	.		0.1 (*)
Basophiles %	.	0.2	
Soit :	.		0.0
Lymphocytes %	.	12.7 (*)	
Soit :	.		1.4 (*)
Monocytes %	.	10.4 (*)	
Soit :	.		1.1 (*)

CRP : 36 mg/l

PCT: 0,53 ng/ml

Pas d'anomalie biochimique

Radiographie thoracique normale

Diagnostic ?

Diagnostic ?

- **Diagnostic principal de l'Hospitalisation :
Bronchite aiguë virale**
- **En lien avec les chutes à répétition : surdosage
en psychotropes (5 molécules)**

Message

Patiente âgée de 83 ans, adressée par les urgences Saint Roch pour PAC droite.

- **Antécédents / Comorbidités**
 - Trouble du rythme cardiaque
 - Dyslipidémie
- **Histoire de la maladie :**
- Patient habitant en Haute Loire, est en vacances chez son fils.
- Depuis 5 jours, toux grasse sans crachat.
- Vu par son médecin traitant le 18/02/2012 qui lui a prescrit un traitement symptomatique pour une rhinopharyngite.
- Le 20/02/2012, apparition d'une diarrhée sécrétoire, associée à des tremblements (frissons ?) et d'une douleur lombaire.
- Notion d'une confusion d'après la famille et de perte d'équilibre qui après interrogatoire évolue depuis 2-3 mois.

- Aux urgences, sa température est à 38°C, toux grasse, l'auscultation pulmonaire retrouve des crépitants en base droite.
- Le scanner cérébral ne retrouve pas de signe d'AVC.

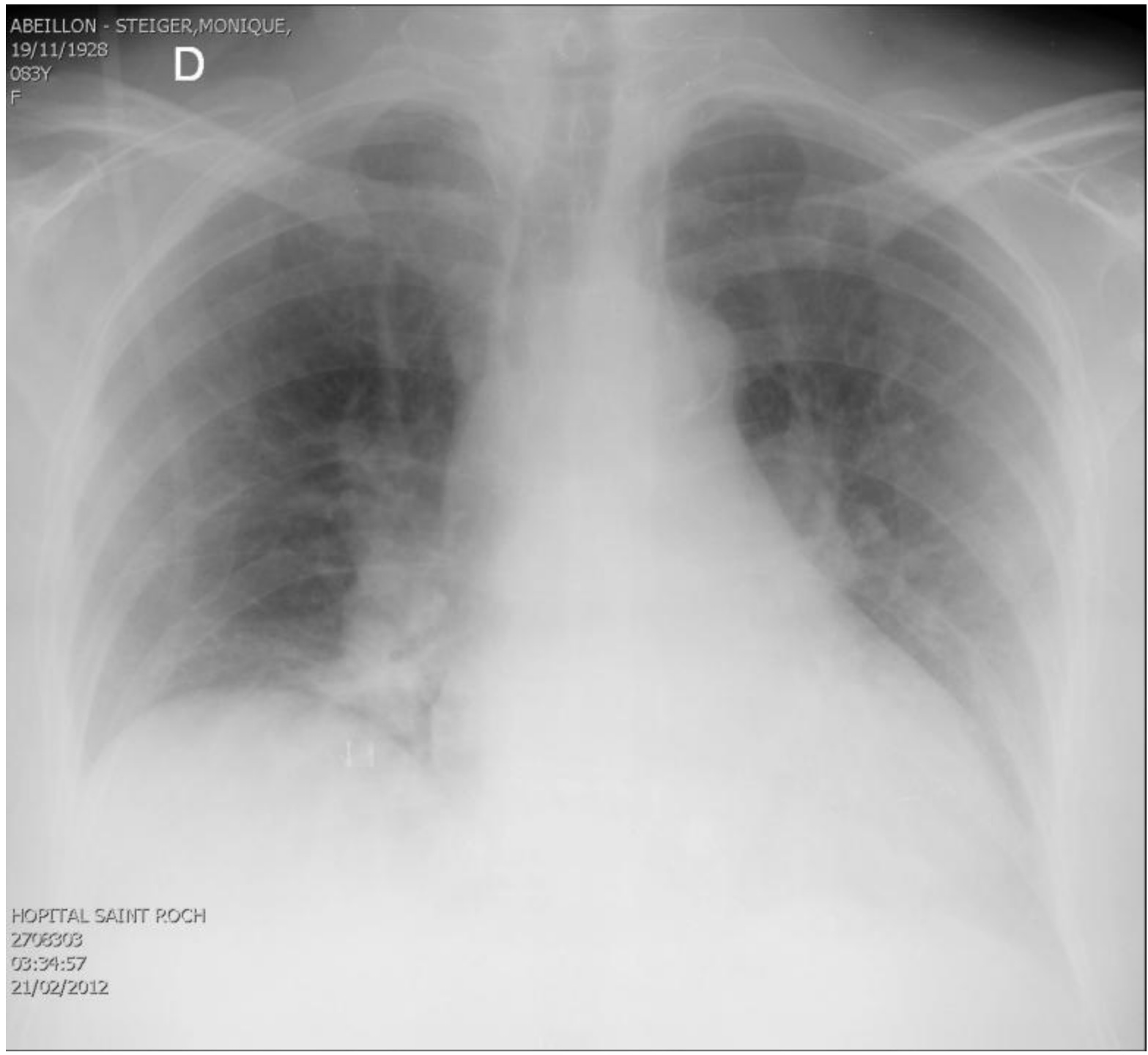
Procalcitonine .	ng/ml	0.81		
CRP	mg/l	54.4		
Sodium .	mmol/l	135		
Potassium .	mmol/l	4.54		
Bicarbonates mesurés .	mmol/l	25		
Trou anionique .	mmol/l	11.0		
Protéines totales .	g/l	62 (*)		
Calcium total .	mmol/l	2.07 (*)		
Glucose .	mmol/l	4.92 soit .	g/l	0.89
Urée .	mmol/l	6.5		
Créatinine .	μmol/l	77		
Osmolalité calculée .	mOsmol/kg	291		
Albumine .	g/l	34		
Bilirubine totale .	μmol/l	5		
Bilirubine conjuguée .	μmol/l	2		
Bilirubine non conjuguée .	μmol/l	3		
ASAT (Transa.TGO) .	U/l	60 (*)		
ALAT (Transa.TGP) .	U/l	52 (*)		
Gamma-GT .	U/l	102 (*)		
Phosphatase alcaline .	U/l	107 (*)		

Leucocytes	.	x10 ⁹ /l	5.9
Erythrocytes	.	x10 ¹² /l	3.86 (*)
Hémoglobine .		g/dl	12.1 (T)
Hémoglobine	.	mmol/l	7.5 (T)
Hématocrite	.	l/l	0.35 (*)
Volume globulaire moyen	fl	90.9	
Plaquettes	.	x10 ⁹ /l	162
VGM		fl	12.1
Neutrophiles %	.	%	57.8
Soit :	.	x10 ⁹ /l	3.4
Eosinophiles %	.	%	0.5 (*)
Soit :	.	x10 ⁹ /l	0.0 (*)
Basophiles %	.	%	0.2
Soit :	.	x10 ⁹ /l	0.0
Lymphocytes %	.	%	31.5
Soit :	.	x10 ⁹ /l	1.8

ABEILLON - STEIGER, MONIQUE,
19/11/1928
083Y
F

D

HOPITAL SAINT ROCH
2706303
03:34:57
21/02/2012



La patiente est mise sous Augmentin 1
g.

- On vous demande votre avis car le diagnostic paraît incertain

Bilan microbiologique :

ECBU du 22/02/12 : stérile

Antigénuries légionelle et pneumocoque : négatives

ECBC : flore oropharyngée dense

Test rapide pour la grippe : négatif

A l'entrée, la patiente est apyrétique.

Devant l'absence de foyer à la radiographie de thorax de face
décision d'arrêter l'antibiothérapie par Augmentin.

Persistance d'une apyrexie sans signe fonctionnel
et état stable de la patiente permettant un retour à domicile.

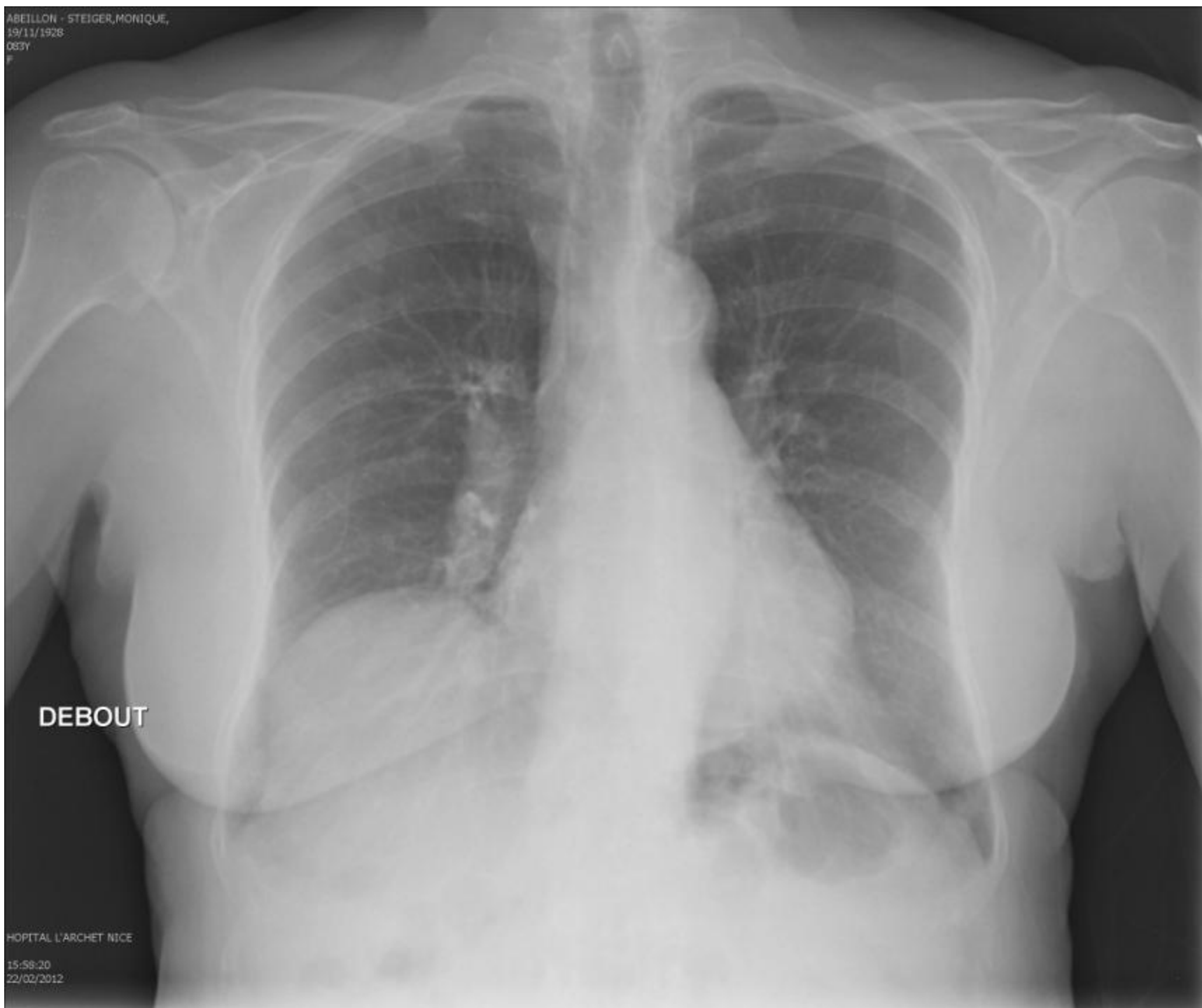
Par ailleurs, à noter la présence de quelques troubles cognitifs
qui nécessiteraient un bilan à réaliser à l'extérieur.

ABEILLON - STEIGER, MONIQUE,
19/11/1928
053Y
F

DEBOUT

HOPITAL L'ARCHET NICE

15:59:20
22/02/2012



Mme P. 80 ans, vivant en maison de retraite
comorbidités cardio-vasculaires :
HTA / Angor / ACFA
Traitements : Zestril®, patch trinitrine

Fièvre

Toux non productive de survenue brutale

*Compte tenu de l'âge, le médecin préfère
l'hospitaliser via les urgences*

Au SAU

Temp : 39°6, pouls: 98/mn, TA: 145/85, FR: 18/mn

auscultation pulmonaire: ronchi bilatéraux

auscultation cardiaque : souffle systolique d'IM

examen somatique normal par ailleurs

GB 15000/ μ l (92%PNN) CRP: 152 mg/l, Créat 176 μ mol/l

BU : leucocytes +++ Hématies ++ Nitrite 0

donc réalisation d'un ECBU

Traitement antibiotique proposé
Augmentin 2 g x 3 IV

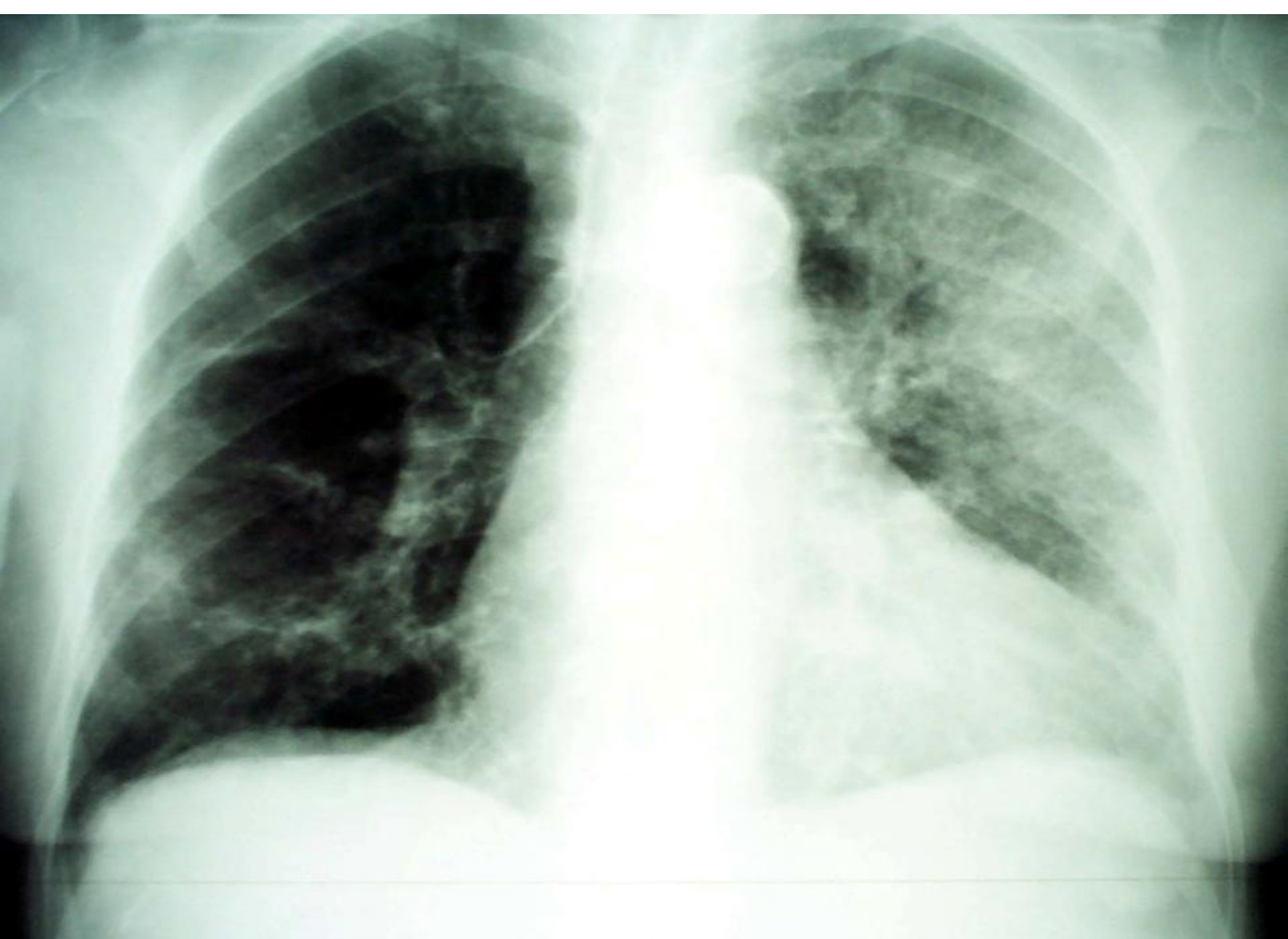
Avis de référent à H4 requis par voie téléphonique...

Quelle est votre réponse ?

Avis thérapeutique par téléphone

- En l'absence de signe de gravité, choix de molécule adéquate
- Posologie inadéquate

- Finalement, vous voyez la radiographie thoracique...



On vous demande quoi mettre comme
antibiotique...

Quel est votre conseil d'infectiologue ?

- Si pneumonie retenue: insuffisance de spectre d'activité anti-bactérienne car forme grave
- Selon consensus: bi-thérapie
ou FQ anti-pneumococcique



Prise en charge des infections des voies respiratoires basses
de l'adulte immunocompétent[☆]

Texte court

Mercredi 15 mars 2006

Tableau 5
Antibiothérapie probabiliste des PAC sévères
(Unités de soins intensifs ou réanimation)

1 ^{er} choix	
Sujets jeunes <i>sans comorbidité</i>	(céfotaxime 1-2 g × 3/j perf i.v. ou ceftriaxone 1-2 g/j i.v.) plus (macrolide i.v. ou FQAP i.v. : levofloxacin 500 mg 2/j i.v.)
Sujets âgés <i>sans comorbidité</i>	(céfotaxime 1-2 g × 3/j perf i.v. ou ceftriaxone 1-2 g/j i.v.) plus FQAP (lévofloxacin 500 mg × 2/j i.v.)
	(céfotaxime 1-2 g × 3/j perf i.v. ou ceftriaxone 1-2 g/j i.v.) plus FQAP (lévofloxacin 500 mg × 2/j i.v.)
Sujets <i>avec comorbidité (s)</i>	si suspicion de pyocyanique : (pipéracilline-tazobactam 4 g × 3/j i.v. ou céfépime 2 g × 2/j i.v. ou imipénème 1 g × 3/j i.v.) en association avec un aminoside et un antibiotique actif sur les germes intracellulaires (macrolide ou fluoroquinolone)

Question

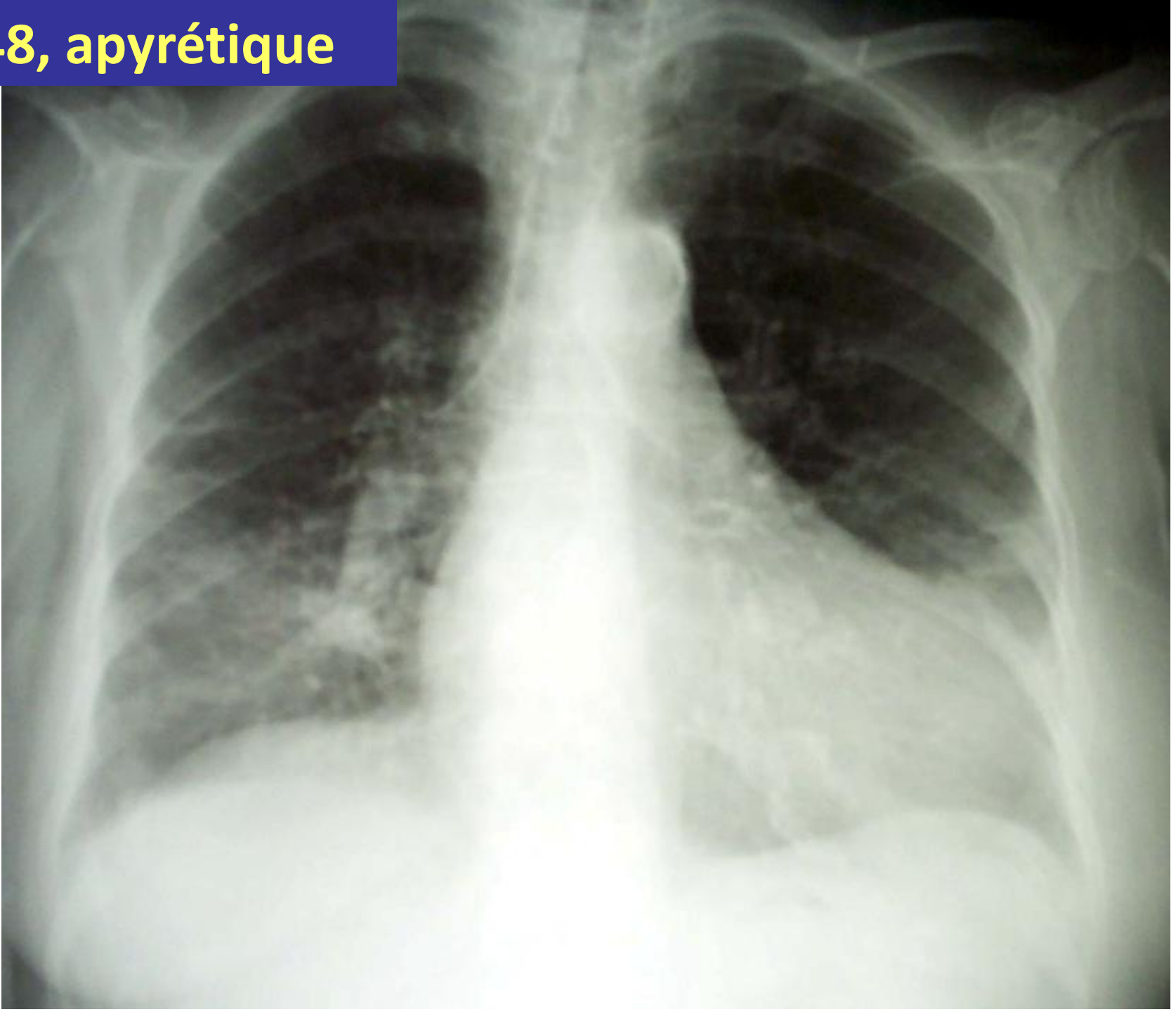
- L'avis d'un Infectiologue itinérant doit-il être
- - conforme aux consensus formalisés récents ? (Carton vert)
 - ou peut-il être un avis d'expert ? (Carton bleu)

Responsabilité médicale en cas de non respect des consensus ?

- Qui engage sa responsabilité?
 - le médecin prescripteur (carton Vert)
 -
 - l'infectiologue référent (carton bleu)
- Cette responsabilité relative à la formalisation de l'avis ?
 - ✓ Ex: conseil téléphonique *versus* mot formalisé dans le dossier
 - ✓ Ex: examen clinique par l'IR et rencontre du patient
versus connaissance du dossier seulement....

- Évolution favorable
- Radiographie thoracique néanmoins demandée

H48, apyrétique



Que pensez-vous de ce contrôle radiologique,
la patiente étant apyrétique ?

Ce n'est pas le bon diagnostic: il s'agit d'une insuffisance cardiaque

- ✓ disparition rapide de l'opacité du champ pulmonaire gauche = transudat
- ✓ discordance entre signes fonctionnels respiratoires (paucisymptomatique) et importance des images radiographiques
- ✓ cardiopathie connue

Rechute fébrile à J3,5...

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE NICE				SERVICE	Fila.	MÉ			
					2801.				
FEUILLE DE SURVEILLANCE									
ANNÉE 2001	MOIS	Fevrier.							
		06	07	08	09	10	11	12	13
U	P	T	TA						
3 000	140	41	25						
2 000	120	40	20						
1 500	100	39	15						
1 000	80	38	10						
500	60	37	5						
40	36	0							
APPORT LIQUIDIEN									
Gélolacel 200 - 1.0.1									
Lobene 1cp/j									
Lasix 2mg 1/2 cp/j									
Frametur 5mg 1/j									
Kardic 75 0-1-0.									

Quels examens microbiologiques auriez-vous souhaitez ?

- A. une antigénurie *Legionella* (Vert)
- B. le résultat des hémocultures (Bleu)
- C. le résultat de l'ECBU (Jaune)
- D. le résultat de la coproculture (Rouge)
- E. faire une ponction lombaire (*doigt*)

Hémoculture et ECBU positifs à *E. coli*

infection urinaire bactériémique

Apports de l'approche spécialisée

- Diagnostic final formel et non probabiliste
- Optimisation de l'antibiothérapie
- Indique un suivi clinique différent

Message

Patients âgés « fragiles », donc antibiothérapie
rapidement pré-emptive



Remplacement « bronchite » par « pneumonie » :
mythe ou réalité ?

« plus de 75 ans avec fièvre et symptômes respiratoires et bénéficiant d'une antibiothérapie aux urgences »

- **Groupe étude, 115 patients, avec avis infectiologue**
 - sex-ratio à 0,50
 - moyenne d'âge de 85 ans
 - > 90% avec co-morbidité(s)
- **groupe contrôle, 54 patients, sans avis infectiologue**
 - sex-ratio 0,70
 - moyenne d'âge de 85 ans
 - > 90% avec co-morbidité(s)

**Même motif d'admission à l'hôpital:
fièvre, signes fonctionnels et/ou physiques respiratoires
et antibiothérapie proposée par urgentistes**

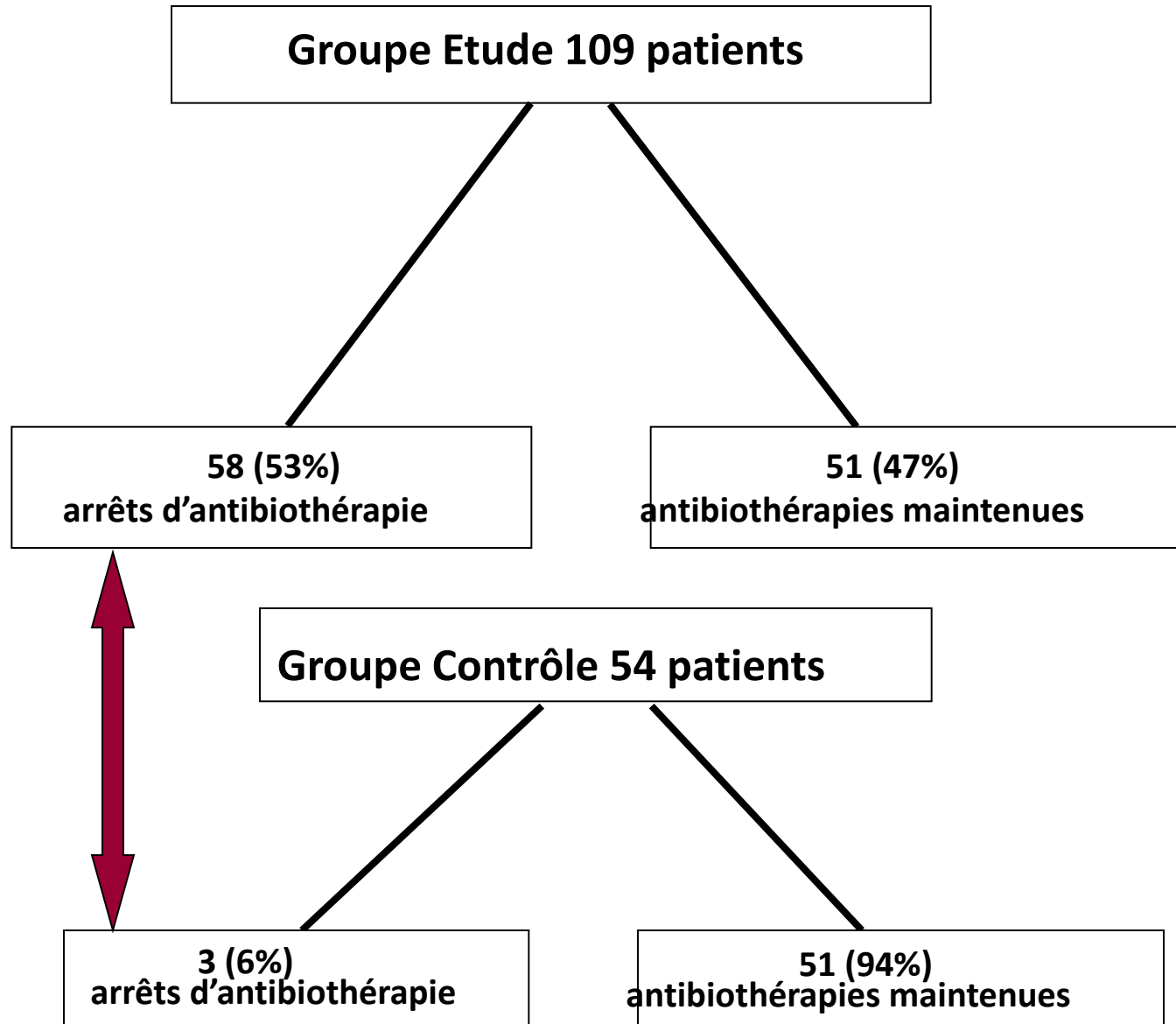
Caractéristiques cliniques

	Groupe Etude (n = 115)	Groupe Contrôle (n = 54)	p
Examen clinique			
Température (°C)	38.5 ±0.6 (37.8 -40.3)	38.3 ±0.4 (38 -39.8)	NS
Encombrement bronchique	79 (69%)	39 (72%)	
Toux	92 (80%)	34 (63%)	0.02
Déshydratation	46 (40%)	31 (57%)	0.04
Examen paraclinique			
Leucocytes ≥10 000 / mm ³	86 (75%)	37 (69%)	NS
Hyperosmolarité	35 (30%)	21 (39%)	
Hypernatrémie	34 (30%)	20 (37%)	
Radiographie pulmonaire			
Douteuse	56 (49%)	23 (43%)	NS
Foyer	33 (29%)	18 (33%)	
Normale	26 (23%)	13 (24%)	

Diagnostic (δ) ?

Groupe Etude	δ initial	δ infectiologique
pneumonies	90	34
bronchites	1	31
OAP et Pneumonies	21	1
Exacerbations BPCO	3	1
autres causes	-	48, dont 19 OAP et 11 déshydratations
Total	115	115

Et après le service d'accueil des urgences ?



Evolution...

	Groupe Etude (n = 115)	Groupe Contrôle (n = 54)
Vivants	99 (86%)	47 (87%)
Décédés	16 (14%)	7 (13%)
Origine infectieuse	1	1

*Parmi 16 décès du Groupe Etude,
10 avaient bénéficié d'une antibiothérapie*

Signes de gravité; Scores de gravité

- Signes de gravité

cardio-vasculaire

pulmonaire

dermatologique

neurologique

néphrologique

hépatique

coagulation

- Scores de gravité

IGS II

score de Fine

score de Glasgow

SDRA...

peu ou pas pour les indications
thérapeutiques

pour la comparabilité des patients...

Evaluation de la gravité : critères de Fine

Calcul du risque

Données cliniques	Points
Démographie - homme - femme	Age (années) Age (années) -10
Vie en institution	+10
Comorbidités - maladie néoplasique - insuffisance cardiaque congestive - maladie cérébrovasculaire - maladie rénale - maladie hépatique	+30 +20 +10 +10 +10
Constantes vitales - atteintes des fonctions supérieures - fréquence respiratoire $\geq 30/\text{mm}$ - PA systolique $< 90 \text{ mmHg}$ - température $< 35^\circ\text{C}$ ou $\geq 40^\circ\text{C}$ - fréquence cardiaque $\geq 125/\text{mm}$	+20 +20 +20 +15 +10
Examens paracliniques - pH artériel $< 7,35$ - urée $\geq 11 \text{ mmol/l}$ - natrémie $< 130 \text{ mmol/l}$ - glycémie $\geq 14 \text{ mmol/l}$ - hématocrite $< 30\%$ - $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ - épanchement pleural	+30 +20 +20 +10 +10 +10 +10

Classification pronostique (Fine)

Groupes (Nb de points)

Mortalité à 30 jours (%)

Groupe I (cf. tableau ci-dessous)

0,1 - 0,4

Groupe II (≤ 70)

0,6 - 0,7

Groupe III (71-90)

0,9 - 2,8

Groupe IV (91-130)

8,2 - 9,3

Groupe V (> 130)

27 - 31

TOTAL

5,2 - 10,2

Fine MJ. *N Engl J Med* 1997;336:243-50.

Appréciation de la gravité

Données cliniques essentiellement



Message

Patient âgé de 47 ans adressé au SAU pour suspicion de méningite

- **Histoire de la maladie :**
 - syndrome méningé fébrile et otalgie gauche, avec notion de bronchite la semaine précédente
- **Cliniquement :**
 - céphalées intenses, photophobie, nausées, raideur de nuque
 - pas de signe de localisation neurologique

Scanner (*Bleu*)

ou PL (*Jaune*)

en premier lieu ?

DH demande 14/12/11 22:33

date de prélèvement 14-12-11 (22:33)

PRELEVEMENT : Liquide de ponction : LCR

Aspect	trouble
Eléments	582 /mm ³
Hématies	615 /mm ³
Polynucléaires neutrophiles ..	97 %
Lymphocytes	1 %
Macrophages	2 %
Coloration de Gram	nombreux(ses) cocci gram +

- Modalité(s) thérapeutique(s) ?

Données bactériologiques

PRELEVEMENT :
périphérique

HEMOCULTURE anaérobie - Origine : Ponction veineuse

Temps de detection .

10 Heures

Examen direct flacon anaérobie

Germes d'aspect lytique, gram douteux

Résultat hémoculture anaérobie

Positive

Antibiogramme

S.pneumoniae

Pénicilline G (E-test)	S 0.023
Amoxicilline (E-test)	S 0.016
Oxacilline	S <= 0.060
Cefotaxime (E-test)	S 0.016
Gentamicine 500mg	I < 64
Chloramphénicol	S <= 8
Lévofoxacine	S <= 2
Tétracycline	S < 0.063
Erythromycine	S < 0.125
Lincomycine	S 0.250
Clindamycine	S <= 0.500
Pristinamycine	S <= 1
Linezolide	S <= 4
Cotrimoxazole	S < 0.500
Rifampicine	S < 0.031
Vancomycine	S <= 4

- Perfusion au SAU de
 - 4 grammes de CLAFORAN
 - 10 mg de DEXAMETHASONE

Message

- Homme de 72 ans, en cours de chimiothérapie pour cholangiocarcinome hospitalisé pour « chondrite nasale »
- Depuis 5 jours fièvre et douleurs nasales intenses
- Traitement par Augmentin durant 3 jours inefficace
- Leuconeutropénie : 1400 GB/ml dont 600 PNN
- Examen somatique quasi-normal sinon...





Quel(s) germe(s) en cause ?

PRELEVEMENT :	Suppuration profonde - Origine : abcès	
Echantillon non conforme .	reçu en mode dégradé, double technique avec risque de contamination	
Mode de prélèvement	tube	
Aspect	purulent	
Leucocytes	assez nombreux(ses)	
Hématies	quelques	
Coloration de Gram	absence de germe	
Résultat :	positive	
Culture	1: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> : nombreux(ses) colonies	
Interprétation	absence de levure.	
Antibiogramme	1: P.aeruginosa	
Ticarcilline	S	16
Ticarcilline + ac clavulanique	S	32
Pipéracilline	S	<= 4
Piperacilline Tazobactam	S	<= 4
Imipénème	S	2
Méropénème	S	<= 1
Céfotaxime	R	> 16
Ceftazidime	S	2
Cefsulodine	S	4
Céfépime	S	4
Latamoxef	R	
Aztréonam	S	8
Gentamicine	S	<= 2
Tobramycine	S	<= 2
Amikacine		S <= 8
Ciprofloxacine	S	<= 0.500
Fosfomycine	S	32

Message

- Homme de 78 ans, accueilli au SAU pour fièvre isolée évaluant depuis 10 jours
- Opéré 6 semaines auparavant d'un cancer du rein (néphrécomie) sans complication post-opératoire évidente
- porteur d'un pace maker depuis 2 ans
- Cliniquement :
 - paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire normales, absence de signe neurologique, cutané et diurèse normale)
 - souffle systolique 4/6 apexien, antérieurement connu
 - R.A.S. par ailleurs, sinon qu'il signale quelques petites taches apparues aux pieds





Hémocultures positives à *Candida*
spp

Porte d'entrée ?

Complication majeure à rechercher ?

porte d'entrée chirurgicale
(incision cutanée, arbre urinaire)

porte d'entrée cutanée lors de
l'implantation du pace maker

complication majeure : endocardite et/ou
infection matériel de PM

endocardite à *Candida* : évolution

Traitement probabiliste par fluconazole, 400 mg/j

Retour à l'apyrexie

Identification de *Candida albicans*

Hémocultures systématiques : isolement de *Candida glabrata*

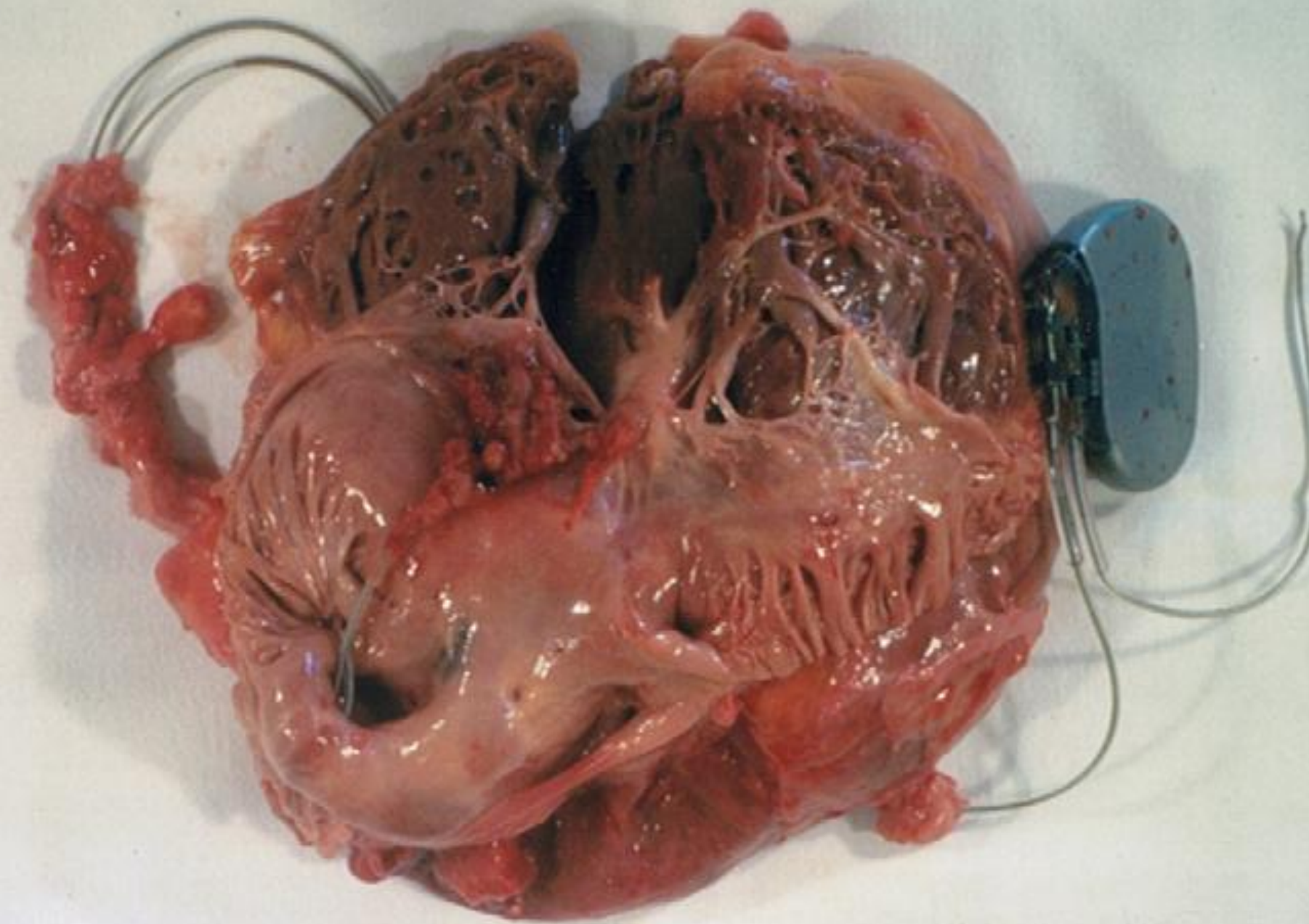
reprise flacons initiaux : en fait infection bi-clonale

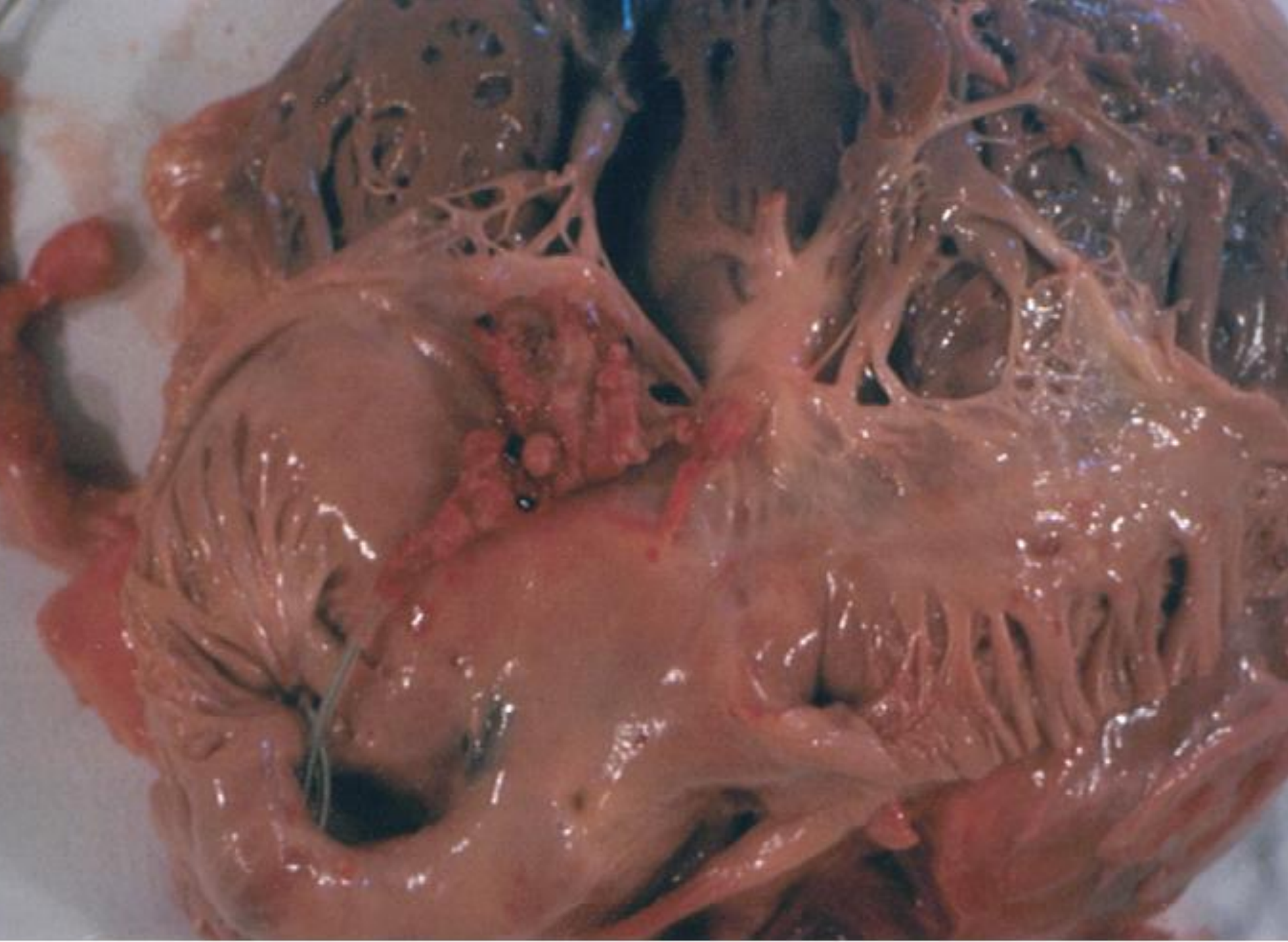
Majoration posologie à 800 mg/j

Stérilisation des urines

Décès par AVC à 10 semaines de traitement, hémocultures stériles

Nécropsie : prélèvement anatomo-pathologique et microbiologiques positifs pour les 2 souches de *Candida*





MESSAGE

Ne pas sous-estimer l'impact de
l'immunodépression et/ou de la présence d'un
corps étranger pouvant modifier l'épidémiologie
diagnostique et microbiologique ayant un
impact certain sur les principes thérapeutiques

Homme de 39 ans

- Toxicocomane (injections de Subutex), séronégatif pour le VIH, le VHC et le VHB, séropositif pour le VHC, avec une charge virale indétectable 6 mois auparavant
- Accident de moto 5 ans auparavant avec entorse grave de cheville gauche ayant nécessité une intervention chirurgicale
- Consultation aux urgences pour une grosse jambe rouge douloureuse
- Présentant une obésité et un lymphoedème chronique des 4 membres
 - Pas de souffle cardiaque
 - Pas de splénomégalie, ni d'hépatomégalie
 - Hygiène précaire avec intertrigo entre 1er et le 2ème orteil gauches
- le bilan biologique initial montre:
 - Hyperleucocytose : $13500/\text{mm}^3$, dont 85% de neutrophyles
 - CRP = 310 mg/l
 - des D-dimères à 2500





Quels peuvent être le (les)
diagnostic(s) différentiel(s) ?

- Une fasciite nécrosante, devant être évoquée systématiquement si :
 - zone nécrotique
 - douleurs invalidantes contrastant avec insensibilité locale
 - extension rapide
 - avec plus rarement possibles zones d'abcédation (collections)

- Diagnostic ?

Quels facteurs de risque de survenue
de cette dermo-hypodermite aiguë ?

- Obésité (*Vert*)
- Lymphoedème chronique (*Rouge*)
- Intertrigo (*Jaune*)
- Plaie traumatique ? (injection septique ?) (*Bleu*)

Quelle antibiothérapie
proposez vous ?

- Il s'agit d'une infection streptococcique (streptocoque A = *S. pyogenes*)
- Traitement de référence : amoxicilline
- Mais patient toxicomane avec suspicion d'injection septique : amox + ac. clavulanique

Quel(s) est(sont) le(s) traitement(s)
associé(s) ?

- Traitement antifongique de l'intertrigo
 - lié à un dermatophyte
 - azolé en traitement local appliqué après hygiène adéquate (lavage au savon et séchage)
- Traitement antalgique non anti-inflammatoire à la demande (paracétamol per os)
- Pas d'anticoagulation systématique, sauf FDR de thrombose veineuse reconnus
- Pas d'antibiothérapie locale
- Pas d'antalgique anti-inflammatoire local ou général
 - pas de corticothérapie

Dermo-hypodermite et prévention des phlébites

Cependant, le risque de survenue d'une thrombose veineuse profonde au cours de l'érysipèle des membres inférieurs est faible : il peut être estimé entre 0,7 et 4,9 % [11, 13-16]. Le risque de thrombose des sinus caverneux ne paraît pas augmenté en cas d'érysipèle du visage [17]. Ce risque, considéré comme faible selon les critères d'estimation du risque de maladie veineuse thrombo-embolique en situation médicale [18], ne justifie pas l'utilisation systématique d'anticoagulants à but prophylactique au cours de l'érysipèle des membres inférieurs. Il n'y a pas non plus de justification pour l'emploi d'anti-agrégants. Un traitement anticoagulant préventif doit être discuté seulement en cas de facteur de risque thrombo-embolique associé, comme dans toute maladie infectieuse aiguë [18, 19].

Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge

Faculté de médecine de Tours – mercredi 26 janvier 2000

Tableau I. Facteurs de risque de l'érysipèle de jambe. Analyse multivariée (d'après [18]).

<i>Facteurs de risque</i>	<i>Odds-ratio [intervalle de confiance à 95 %]</i>
Lymphœdème	71,2 [5,6-90,8]
Porte d'entrée	23,8 [10,7-52,5]
Œdème des membres inférieurs*	2,5 [1,2-5,1]
Insuffisance veineuse	2,9 [1,0-8,7]
Surpoids	2 [1,1-3,7]

* À l'exclusion des œdèmes d'insuffisance veineuse.

Divers facteurs préexistants sont mentionnés en tant que facteurs de risque (sur base des directives O.M.S. 2007 et CDC 2007):

- antécédents de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire, antécédents de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire chez un parent du premier degré;
- l'utilisation d'œstrogènes (contraceptifs oraux, traitement des plaintes ménopausiques);
- la grossesse et le premier mois après l'accouchement;
- une intervention chirurgicale ou un traumatisme récents, surtout en cas de chirurgie de l'abdomen ou des membres inférieurs;
- le cancer;
- une hypercoagulabilité congénitale ou acquise;
- l'obésité.