

DERMOHYPODERMITES BACTERIENNES A DAKAR: RETROSPECTIVE DE 194 CAS SUIVIS EN MEDECINE INTERNE A LA CLINIQUE MEDICALE II

DIÉDHIYOU D*, LÈYE MMM**, TOURÉ M*, BOIRO D*, SOW D*, LÈYE YM***, DIOUF SM*, KA-CISSÉ M*¹, NDOUR-MBAYE M*, SARR A*, LÈYE A***, DIOP S.N*.

RESUME

Introduction : Il existe trois formes de dermohypodermites et les membres inférieurs prédominent. L'objectif était d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la dermohypodermite en milieu hospitalier de médecine interne à Dakar.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients porteurs de dermohypodermite bactérienne hospitalisés entre 2008 et 2012.

Résultats : 194 patients étaient inclus, soit une prévalence hospitalière de 4,7%. Le sex-ratio (H/F) était de 0,6 et l'âge moyen de 57,2 ans. Il s'agissait d'une dermohypodermite non nécrosante (71,1%) et nécrosante dans 29,9%. Elle était localisée aux membres inférieurs (94,3%). La porte d'entrée était une plaie surinfectée (34%), un intertrigo (18,5%), un traumatisme (16,4%). Les facteurs de risque étaient dominés par l'obésité (34,5%) et l'insuffisance veineuse ou un lymphœdème (21,6%). Un diabète sucré était retrouvé dans 79%. La Pénicilline G était utilisée en première intention dans 81,4%. Le recours au traitement chirurgical était noté dans 25,2%. Des complications étaient retrouvées dans 22,6% (19,5% étaient des diabétiques) et dominées par la myosite ($p=0,00001$) et l'ostéite ($p=0,0005$) plus particulièrement dans les formes nécrosantes. Quinze cas de décès étaient notés en rapport avec les formes nécrosantes ($p=0,00001$).

Conclusion : Le diabète est le principal terrain de survenu et un facteur de mauvais pronostic des dermohypodermites bactériennes admises dans notre service.

Mots clés : Dermohypodermite, facteurs de risque, pronostic, Dakar

ABSTRACT

BACTERIAL DERMHYPODERMITIS IN DAKAR: RETROSPECTIVE ABOUT 194 CASES FOLLOWED IN INTERNAL MEDICINE OF CLINICAL MEDICAL II

Introduction: There are three forms of bacterial dermohypodermitis according depth of lesion and lowers limbs prevail. Objective was to estimate epidemiological, clinical and progressive aspects of bacterial dermohypodermitis in internal medicine in Dakar.

Patients and method: A retrospective study over 5 years was carried out to analyze aspects of bacterial dermohypodermitis in hospital environment.

Results: 194 patients were included with 4.7% prevalence. Sex ratio (H/F) was 0.6 and mean age 57.2 years. It was about erysipelas (71.1%), necrotizing dermohypodermitis (29.9%). She was located in lower limbs (94.3%). Local factors were infected ulcer (34%), intertrigo (18.5%) and trauma (16.4%). Risk factors were dominated by obesity (43.5%) and venous insufficiency and/or lymphoedema (21.6%). It was a diabetes mellitus in 79%. Penicillin G was used at first time in 81.4%. Surgical treatment was noted in 25.2%. Complications were found in 22.6% (19.5% were diabetics) and were dominated by myositis ($p=0.00001$) and osteitis ($p=0.0005$) particularly in necrotizing forms. Fifteen deaths (7.7%) were noted and were correlated to necrotizing forms ($p=0.00001$).

Conclusion: Diabetes mellitus appears to be main field and factor for bad forecast in bacterial dermohypodermitis.

Keywords: Dermohypodermitis, risk factors, prognosis, Dakar

*Clinique Médicale II. Centre Hospitalier Abass NDAO, UCAD Dakar- SENEGAL

** Service de Médecine Préventive et Santé Publique, UCAD Dakar- SENEGAL

*** Service de Médecine Interne, Hôpital de Pikine, UCAD Dakar- SENEGAL

Auteurs et Correspondances : Docteur Demba DIEDHIYOU, Assistant chef de clinique, Clinique médicale II, Centre Hospitalier Abass NDAO, Email : dembadiedhiou@voila.fr, Tel : +221 77 539 42 27 / +221 33 849 77 29

INTRODUCTION :

Il existe trois formes de dermohypodermites que sont la forme non nécrosante, la forme nécrosante sans fasciite nécrosante et la fasciite nécrosante. Le pronostic dépend du terrain et de l'aspect de la lésion locale. La pénicilline G reste la molécule de première intention. En l'absence d'une prise en charge précoce, l'évolution peut se faire dans 20 à 31% vers des complications (Dupuy et al., 1999 ; SPILF et SFD, 2000 ; De Godoy et al., 2010; Diédhiou et al., 2012).

La mortalité reste cependant inférieure à 1% dans les formes ayant bénéficié d'une bonne prise en charge (SPILF et SFD, 2000 ; Celestin et al., 2007). L'objectif de ce travail était de faire une étude des aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la dermohypodermite bactérienne suivie en milieu hospitalier de médecine interne à Dakar.

PATIENTS ET METHODE :

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2012 dans le service de médecine interne de la Clinique Médicale II du Centre Hospitalier Abass Ndao (Dakar). C'est le service de référence national pour la prise en charge des maladies endocriniennes et en particulier du diabète. Tous les patients suivis dans le service et porteurs d'une dermohypodermite bactérienne avaient été inclus. Nous n'avons pas inclus les malades qui présentaient à l'admission des pathologies confondantes isolées ou associées à la dermohypodermite comme la phlébite, la myosite, la lymphangite, le phlegmon, la gangrène. Pour chaque patient, nous avons recueilli les données suivantes :

- L'âge, le sexe, le terrain (obésité ou surpoids, tabagisme, éthyliisme, dépigmentation artificielle, cardiopathie, antécédents de dermohypodermite, diabète sucré). L'obésité était retenue sur un indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m².

- Les manifestations cliniques: délai de consultation, mécanisme lésionnel, topographie et extension de la lésion, présence de phlyctène, de nécrose avec ou sans atteinte du fascia, de complications, la porte d'entrée et les facteurs favorisants locaux (ulcères du pied, traumatismes, insuffisance veineuse, lymphœdème).

- La dermohypodermite était ensuite répartie selon l'aspect clinique en trois entités (SPILF et SFD, 2000):

- La dermohypodermite aiguë non nécrosante : atteinte inflammatoire, localisée, d'origine infectieuse, de la peau et du tissu cellulaire sous cutané sans nécrose ni atteinte de l'aponévrose superficielle ;
- La dermohypodermite aiguë nécrosante sans fasciite nécrosante : atteinte inflammatoire, localisée, d'origine infectieuse de la peau et du tissu cellulaire sous cutané avec de la nécrose n'atteignant pas en profondeur l'aponévrose superficielle;
- La fasciite nécrosante : atteinte inflammatoire, localisée, d'origine infectieuse de la peau et du tissu cellulaire sous cutané avec de la nécrose atteignant en profondeur l'aponévrose superficielle.

- Le traitement entrepris, l'évolution et la durée d'hospitalisation.

L'analyse statistique des données était faite à partir du logiciel EPI Info version 3.3.2. L'étude descriptive était réalisée par le calcul des fréquences, pro-

portions avec leurs intervalles de confiance pour les variables qualitatives et pour les variables quantitatives, par le calcul de moyennes avec leur écart type. L'étude analytique, elle était faite avec les tableaux croisés. Pour comparer les fréquences, le test du KHI 2 ou le test de Fisher ont été utilisés avec un seuil de significativité alpha inférieur à 0,05.

RESULTATS :

Nous avons inclus 194 cas sur un total de 4127 patients hospitalisés durant la période d'étude, soit une prévalence hospitalière de 4,7%. Le sex-ratio (H/F) était de 0,6 et l'âge moyen de 57,2 ans. Le délai moyen de consultation était de 12,8 jours. Ce délai était supérieur à 7 jours (59,7%) et à 10 jours (40,7%). Il s'agissait de dermohypodermes aiguës non nécrosantes dans 70,1% (136 cas) et nécrosante (29,9% dont une fasciites nécrosantes dans 12,3%).

Les lésions étaient localisées aux membres inférieurs (94,3%), aux membres supérieurs (5,1%) ou au dos (0,5%). Celles localisées aux membres inférieurs s'étendaient à la cuisse et au genou (45,9%), concernaient seulement la jambe (47,5%) et le pied (6,5%). La dermohypodermite était localisée à droite dans 53,6% et bilatérales dans 4,6% des cas. Elle était associée à des phlyctènes (38,1%), une fièvre (46,3%), une adénopathie (23,7%). Le tableau I montre les caractéristiques cliniques de la population selon le type de dermohypodermite.

Tableau I : Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la population selon le type de dermohypodermite

Caractéristiques	Dermohypodermite non nécrosante (n=136)	Dermohypodermite nécrosante	
		sans fasciite (n=34)	avec fasciite (n=24)
Age moyen (ans)	58,1	59,7	57,7
Délai consultation (jours)	12,9	12,9	11,9
Fièvre (%)	33,8	50	70,8
Diabète (%)			
Oui	76,4	94,1	79,1
Non	23,6	5,9	20,9
Sexe (%)			
Masculin	35,3	38,3	58,4
Féminin	64,7	61,7	41,6
Localisation (%)			
Membre supérieur seulement	4,4	2,9	12,5
Extension cuisse et genou	45,7	50	20,8
Jambe seulement	47	38,2	41,6
Pied seulement	2,9	8,8	20,8

La porte d'entrée était un ulcère surinfecté (34%), un intertrigo (18,5%), un traumatisme (16,4%), un abcès

ou un phlegmon (11,3%), une amputation (1,5%) ou une voie veineuse (1%). Dans 17% des cas aucune porte d'entrée n'était retrouvée. Les facteurs de risque de dermohypodermite étaient une obésité (34,5%), une insuffisance veineuse et/ou un lymphœdème (21,6%), une cardiopathie (13,4%), dépigmentation artificielle (7,2%). Un diabète sucré était noté dans 79% des cas (tableau II).

Tableau II: Modalités évolutives et facteurs étiologiques associés aux différents types de dermohypodermite

Paramètres étudiés		Dermohypodermite non nécrosante (%)	Dermohypodermite nécrosante (%)	p
Myosite ou abcès	Oui	4 (2,9%)	14 (24,1%)	0,00001*
	Non	132 (97,1%)	34 (75,9%)	
Ostéite	Oui	0 (0,0%)	5 (8,6%)	0,0005*
	Non	136 (100%)	53 (91,4%)	
Arthrite du genou	Oui	0 (0,0%)	1 (1,7%)	0,12
	Non	136 (100%)	57 (98,3%)	
Phlébite	Oui	9 (6,6%)	1 (1,7%)	0,15
	Non	127 (93,4%)	57 (98,3%)	
Chirurgie	Oui	0 (0,0%)	49 (84,5%)	0,00001*
	Non	136 (100%)	9 (15,5%)	
Diabète	Oui	104 (76,5%)	51 (87,9%)	0,06
	Non	32 (23,5%)	7 (12,1%)	
Age > 50 ans	Oui	88 (64,7%)	48 (82,8%)	0,011*
	Non	48 (35,3%)	10 (17,2%)	
Ethyisme	Oui	4 (2,9%)	1 (1,7%)	0,62
	Non	132 (97,1%)	57 (98,3%)	
Tabagisme	Oui	6 (4,4%)	9 (15,5%)	0,00001*
	Non	130 (95,6%)	49 (84,5%)	
Artérite membres inférieurs	Oui	4 (2,9%)	6 (10,3%)	0,032*
	Non	132 (97,1%)	52 (89,7%)	
Obésité	Oui	55 (40,4%)	12 (20,7%)	0,00007*
	Non	81 (59,6%)	46 (79,3%)	
Dépigmentation	Oui	10 (7,4%)	4 (6,9%)	0,91
	Non	126 (92,6%)	54 (93,1%)	
Cardiopathie	Oui	13 (9,6%)	13 (22,4%)	0,016*
	Non	123 (90,4%)	45 (77,6%)	
Insuffisance veineuse et lymphœdème	Oui	33 (24,3%)	9 (15,5%)	0,77
	Non	103 (75,7%)	49 (84,5%)	

* : lien statistiquement significatif

La Pénicilline G était utilisée en première intention dans 81,4%. La durée moyenne d'utilisation de la Pénicilline G était de 6 jours. Le recours au traitement chirurgical était noté dans 25,2% des cas tous pour des dermohypodermes nécrosantes ($p=0,00001$) (tableau IV). L'évolution était favorable et sans complications dans 77,3% des cas. Les complications étaient retrouvées dans 22,6% des cas (tableau II).

Elles étaient dominées par la myosite ($p=0,00001$) et l'ostéite ($p=0,0005$) surtout dans les formes nécrosantes. Quinze cas de décès (7,7%) étaient notés dont 14 diabétiques. Ils étaient plus fréquents dans les formes nécrosantes ($p=0,00001$). La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,6 jours.

Tableau III : Analyse de la dermohypodermite et la survenue de décès

Paramètres étudiés	Décès		p	
	Oui	Non		
Dermohypodermite nécrosante	Non	4 (28,6%)	134 (90,5%)	0,00001*
	Oui	14 (71,4%)	34 (10,5%)	

* : lien statistiquement significatif

Tableau IV : Différentes modalités thérapeutiques selon le type de dermohypodermite.

Modalités du traitement	Dermohypodermite non nécrosante (n=136)	Dermohypodermite nécrosante	
		sans fasciite (n=34)	avec fasciite (n=24)
Pénicilline G en monothérapie	69,1%	35,2%	0%
Pénicilline G en bithérapie	16,1%	38,2%	70,8%
Amoxicilline + Acide Clavulanique seule	2,2%	5,8%	4,1%
Amoxicilline + Acide Clavulanique en bithérapie	2,9%	17,6%	20,8%
Céphalosporine de 3ème génération seule	3,6%	0%	0%
Céphalosporine de 3ème génération en bithérapie	2,9%	2,9%	4,1%
Chirurgie	0,0%	76,4%	95,8%

DISCUSSION :

La fréquence de la dermohypodermite en africaine est variable (Niamba et al., 2006 ; Cissé et al., 2007 ; Sarr et al., 2012). La prédominance féminine y est en partie justifiée par l'utilisation des dermocorticoïdes (Dieng et al., 2001 ; Gathse et al., 2006 ; Cissé et al., 2007). Cependant une prédominance masculine a déjà été retrouvée au Maroc (Amal et al., 2004). L'âge de survenue est entre 40 et 60 ans (De Godoy et al., 2010 ; Diédhiou et al., 2012). Des moyennes d'âge plus basses en Afrique seraient liées à l'utilisa-

tion de dermocorticoïdes chez des femmes jeunes (Dieng et al., 2001 ; Gathse et al., 2006 ; Cissé et al., 2007).

La symptomatologie clinique reste conforme aux données de la littérature (SPILF et SFD, 2000 ; Dieng et al., 2001, Amal et al., 2004, Chakroun et al., 2007 ; Cissé et al., 2007 ; Benzian et al., 2009 ; Diédhiou et al., 2012). Le taux de localisation aux membres supérieurs dépend du service de recrutement. Bensatah et al. (2002), en post chirurgicale de cancers mammaires, y rapportaient une localisation dans 95% des cas.

Le traumatisme est le mécanisme lésionnel le plus rapporté (Gathse et al., 2006 ; Cissé et al., 2007). Ailleurs, Amal et al. (2004) et Chakroun et al. (2007), retrouvaient plus d'intertrigos lié aux ablutions et à la fréquentation des bains maures. Les facteurs de risque prédominants sont l'obésité, le lymphœdème et l'insuffisance veineuse chronique (Dupuy et al., 1999 ; Amal et al., 2004 ; Bartholomeeussen et al., 2007 ; Damstra et al., 2008 ; Diédhiou et al., 2012). La part de la dépigmentation artificielle serait un effet de société (Dieng et al., 2001 ; Gathse et al., 2006 ; Cissé et al., 2007).

La part de la fasciite nécrosante apparaît proche des données de Cissé et al. (2007) en Guinée et Benzian et al. (2009) en Algérie. Cependant, Cissé et al. (2007) rapportent d'autres facteurs prédominants comme la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la dépigmentation artificielle et la rétrovirose HIV (SPILF et SFD, 2000).

Dans ce travail rétrospectif, le traitement peu classique (SPILF et SFD, 2000) chez quelques patients s'expliquerait par l'inaccessibilité financière de certains produits. En effet, la fasciite nécrosante se singularise par une association poly microbienne et survient sur terrain fragilisé comme le diabète déséquilibré. Compte tenu des nécroses limitant la pénétration locale des médicaments, une bithérapie est préconisée (SPILF et SFD, 2000 ; Roje et al., 2011). Le recours au traitement chirurgical était supérieur aux 13% rapportés par Cissé et al. (2007). Notre taux élevé de complications comparé à la littérature (SPILF et SFD, 2000 ; Celestin et al., 2007) s'expliquerait par le nombre important de diabétiques. Le risque de survenue d'une thrombophlébite est de 0,7 à 4,9% et celui d'un abcès et/ou myosite de 2 à 5% (SPILF et SFD, 2000 ; Musette et al., 2004). La fasciite nécrosante est mortelle dans près de 30% des cas (SPILF et SFD, 2000). En Guinée, Cissé et al. (2007) rapportaient seulement 1% de décès alors que chez les diabétiques, Benzian et al. (2009) rapportaient 17,7% de décès survenus tous suite à une fasciite nécrosante. Dans la série de Musette et al. (2004), les facteurs de sévérité les plus représentatifs étaient l'âge, l'hypertension artérielle, le diabète sucré, l'ulcère du pied et l'artériopathie des membres inférieurs.

CONCLUSION :

La dermohypodermite bactérienne reste une pathologie potentiellement grave favorisée par le terrain sous-jacent et les formes nécrosantes. Le diabète, principal terrain sous-jacent dans notre étude, est associé à la survenue de complications. Le Pénicilline G reste efficace dans les formes traitées tôt. La prévention d'une telle pathologie doit passer par la maîtrise des facteurs comme l'obésité, le diabète, l'insuffisance veineuse et les ulcères des membres inférieurs.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Amal S, Houass S, Laissaoui K, Moufid K, Trabelsi M. 2004. Érysipèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech (100 observations). *Med Mal Infect* 34: 171-176.
2. Bartholomeeussen S, Vandenbroucke J, Truyers C, Buntinx F. 2007. Epidemiology and co morbidity of erysipelas in primary care. *Dermatology* 215(2):118-122.
3. Bensatah H, Siala W, Maaloul I, Bouzid F, Frikha M, Daoud J. 2002. Erysipèle après traitement du cancer du sein. *Tunisie médicale* 80(8): 465-468.
4. Benzian Z, Benabadji N, Amani M.A et Coll. 2009. Les érysipèles des membres inférieurs chez le diabétique au centre d'endocrinologie diabétologie du CHU d'Oran. *Diabète et métabolisme* 35(1): 78-78.
5. Celestin R, Brown J, Kihiczak G, Schwartz R.A. 2007. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 16(3):123-127.
6. Chakroun M, Ben Romdhane F, BenMahmoud S, Lousaïef C, M. Letaïef M, Bouzouaia N. 2007. Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'érysipèle des membres inférieurs en Tunisie. *Rev Tun Infectiol* 1(1) : 1 - 110.
7. Cissé M, Keïta M, Touré A, Camara A, Machet L, Lorette G. 2007. Dermohypodermes bactériennes : étude monocentrique rétrospective de 244 cas observés en Guinée. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 134(10) : 748-751.
8. Damstra RJ, Van Steensel MAM, Boomsma JHB and al. 2008. Erysipelas as a sign of subclinical primary lymphoedema: a prospective quantitative scintigraphic study of 40 patients with unilateral erysipelas of the leg. *British Journal of Dermatology* 158:1210-1215.
9. De Godoy JMP, Massari PG, Rosinha MNY and al. 2010. Epidemiological data and comorbidities of 428 patients hospitalized with erysipelas. *Angiology* 61: 492-494.
10. Diédhiou D, Ndour-Mbaye NM, Sarr A, Diop SN. 2012. Erysipèle des membres inférieurs chez les patients diabétiques à propos de 54 cas colligés en Médecine Interne. *Med Afr Noire* 56(2): 83-87

11. Dieng M.T, Diop Ng, Niang So, Boye A, Sy TN, Guèye Ad, Ndiaye B: 2001. Dermohypodermite bactérienne et dépigmentation artificielle: A propos de 60 cas observés au Sénégal. *Les Nouvelles Dermatologiques* 20(10) : 630-632.
12. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P et coll. 1999. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): Case-control study. *BMJ* 318: 1591-1594.
13. Gathse A, Obengui O, Ntsiba H. 2006. Étude rétrospective de 53 érysipèles hospitalisés au CHU de Brazzaville, Congo. *Bull Soc Pathol Exot* 99(1): 3-4.
14. Musette P, Benichou J, Noblesse I, Hellot MF, Carvalho P et al. 2004. Determinants of severity for superficial cellulitis (erysipelas) of the leg: a retrospective study. *European Journal of Internal Medicine* 15: 446- 450.
15. Niamba P, Traore A, Traore-Barro F et coll. 2006. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des érysipèles au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). *Méd Afr. Noire* 53(4): 257-260.
16. Roje Z, Roje Ž, Matić D, Librenjak D and al. 2011. Necrotizing fasciitis: literature review of contemporary strategies for diagnosing and management with three case reports: torso, abdominal wall, upper and lower limbs. *World Journal of Emergency Surgery* 6(46): 1-17.
17. Sarr A, Ly F, Manga M, Diallo M et coll. 2012. Dermatoses associées au diabète chez des patients sénégalais (étude prospective à propos de 140 patients). *Rev CAMES* 13(1): 128- 132.
18. Société De Pathologie Infectieuse De Langue Française (SPILF) Et Société Française De Dermatologie (SFD). 2000. Conférence de consensus: érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Med Mal Infect* 30: 241- 245.