

**UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTE DE MEDECINE**

**ANNEE 2004**

**N°39**

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

Karine LEVIEUX  
Née le 23 juillet 1975  
à la Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2004

**PRISE EN CHARGE DE L'ERYSIPELE EN MEDECINE GENERALE  
A PROPOS DE 460 PATIENTS DE LOIRE ATLANTIQUE ET VENDEE**

Président : Monsieur le Professeur RAFFI Francois  
Directeur de thèse : Madame le Docteur MILPIED Brigitte

A Monsieur le Professeur RAFFI,  
Pour me faire l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Docteur MILPIED,  
A Monsieur le Docteur BOUTOILLE,  
Pour avoir dirigé ce travail.

A Monsieur le Professeur STALDER,  
A Monsieur le Professeur POTEL,  
Pour accorder un intérêt à ma thèse et me faire l'honneur de la juger.

A Monsieur le Docteur GOUZIEN,  
Pour ses valeurs humaines et pour m'avoir ouvert les portes de la médecine.

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
<b><u>I. RAPPELS A PROPOS DE L'ERYSIPELE</u></b>	<b>11</b>
1.1. GENERALITES	11
1.1.1. Définition	11
1.1.2. Rappels anatomiques	11
1.1.3. Données terminologiques	11
1.1.4. Données épidémiologiques	12
1.1.5. Données microbiologiques	12
1.1.6. Facteurs de risque	14
1.2. DIAGNOSTIC	15
1.2.1. Diagnostic clinique	15
1.2.2. Diagnostic différentiel	16
1.2.3. Intérêt des examens complémentaires	19
1.3. PRISE EN CHARGE	21
1.3.1. Antibiothérapie	21
1.3.2. Place des anti-inflammatoires dans la prise en charge de l'érysipèle	23
1.3.3. Place des anticoagulants dans la prise en charge de l'érysipèle	24
1.3.4. Autres traitements adjuvants	26
1.3.5. Critères d'hospitalisation initiale ou secondaire	26
1.4. EVOLUTION,COMPLICATIONS	27
1.4.1. Généralités	27
1.4.2. Complications locales	28
1.4.3. Complications générales	29
1.4.4. Complications tardives	29
1.5. PREVENTIONS PRIMAIRE ET SECONDAIRE	30
1.5.1. Prévention primaire	30
1.5.2. Prévention secondaire	30
<b><u>II. ETUDE : MATERIEL ET METHODE</u></b>	<b>32</b>
2.1. MATERIEL ET METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	32
2.2. LA POPULATION ETUDIEE	32
2.2.1. Critères d'inclusion	32
2.2.2. Critères d'exclusion	32
2.3. LES DONNEES ETUDIEES	33
2.4. SAISIE DES DONNEES ET METHODES STATISTIQUES	34
<b><u>III. RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES</u></b>	<b>35</b>
3.1. GENERALITES	35
3.2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	36

3.2.1. Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an et par médecin	36
3.2.2. Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an, par médecin et par département	36
3.2.3. Répartition des dates de diagnostic des érysipèles	37
3.2.3.1. Répartition des dates de diagnostic des érysipèles par année	37
3.2.3.2. Répartition des dates de diagnostic des érysipèles par mois	38
<b>3.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES</b>	<b>38</b>
3.3.1. Sexe des patients	38
3.3.1.1. Distribution des effectifs selon le sexe	38
3.3.1.2. Distribution des effectifs selon le sexe et le département	39
3.3.2. Age des patients	39
3.3.2.1. Distribution des effectifs selon l'âge des patients	39
3.3.2.2. Distribution des effectifs selon l'âge et le département	40
3.3.2.3. Distribution des effectifs selon l'âge et le sexe	41
<b>3.4. ANTECEDENTS D'ERYSIPELE</b>	<b>42</b>
3.4.1. Premier épisode d'érysipèle/récidive ?	42
3.4.1.1. Généralités	42
3.4.1.2. Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par département	42
3.4.1.3. Répartition des premiers épisodes par tranches d'âge	43
3.4.1.4. Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par département et par tranches d'âge	43
3.4.2. Antécédents d'érysipèle	44
3.4.2.1. Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par malade	44
3.4.2.2. Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par malade et par département	44
3.4.2.3. Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle selon le sexe	45
<b>3.5. LOCALISATION DES ERYSIPELES</b>	<b>45</b>
3.5.1. Répartition des érysipèles selon leur localisation	45
3.5.2. Pourcentage de récurrences selon la localisation de l'érysipèle	46
3.5.3. Latéralisation de l'érysipèle	46
3.5.3.1. Généralités	46
3.5.3.2. Latéralisation de l'érysipèle selon sa localisation	47
3.5.3.3. Latéralisation de l'érysipèle en fonction de l'âge	47
<b>3.6. SIGNES GENERAUX : FIEVRE, FRISSONS</b>	<b>48</b>
3.6.1. Généralités	48
3.6.2. Répartition de la fièvre et des frissons par tranches d'âge	48
3.6.3. Répartition de la fièvre et des frissons selon le sexe	49
<b>3.7. SIGNES LOCAUX : BULLES, PURPURA PETECHIAL</b>	<b>49</b>
3.7.1. Généralités	49
3.7.2. Répartition des bulles et du purpura pétéchial selon le sexe	49
3.7.3. Répartition des bulles et du purpura pétéchial par tranches d'âge	50
<b>3.8. LES FACTEURS DE RISQUE OU COMORBIDITES ASSOCIEES</b>	<b>50</b>
3.8.1. Répartition des facteurs de risque dans la population étudiée	50
3.8.2. Répartition du nombre de facteurs de risque par individu	52
<b>3.9. PORTE(S) D'ENTREE SUSPECTEE(S)</b>	<b>52</b>
3.9.1. Généralités	52
3.9.2. Répartition des portes d'entrée par département et par sexe	53
3.9.3. Répartition des portes d'entrée par tranches d'âge	54

3.10. EXAMENS COMPLEMENTAIRES	54
3.10.1. Généralités	54
3.10.1.1. Répartition des demandes d'examens complémentaires par département	54
3.10.1.2. Répartition des demandes d'examens complémentaires selon le sexe	55
3.10.1.3. Répartition des demandes d'examens complémentaires par tranches d'âge	55
3.10.2. Les prélèvements bactériologiques	56
3.10.2.1. Répartition des examens bactériologiques par département	56
3.10.2.2. Répartition des examens bactériologiques selon le sexe	56
3.10.2.3. Répartition des examens bactériologiques par tranches d'âge	56
3.10.2.4. Résultats des examens bactériologiques	57
3.10.3. Echographie doppler	58
3.10.3.1. Généralités	58
3.10.3.2. Répartition des demandes d'écho doppler par département	58
3.10.3.3. Répartition des demandes d'écho doppler par sexe	58
3.10.3.4. Répartition des demandes d'écho doppler par tranches d'âge	59
3.10.3.5. Motifs de prescription des écho doppler	59
3.10.3.6. Echo doppler et facteurs de risque d'Erysipèle	60
3.10.3.7. Résultats des écho doppler	60
3.11. TRAITEMENT A DOMICILE	61
3.11.1. Antibiothérapie	61
3.11.1.1. Généralités	61
3.11.1.2. Les Synergistines	66
3.11.1.3. Les Pénicillines	66
3.11.1.4. L'Amoxicilline-acide clavulanique	67
3.11.1.5. Les Macrolides	67
3.11.1.6. Les Céphalosporines	67
3.11.1.7. Les Antibiotiques stéroïdiques	68
3.11.1.8. Les Sulfamides	68
3.11.1.9. Associations d'antibiotiques	68
3.11.2. Traitement anticoagulant	68
3.11.2.1. Généralités	68
3.11.2.2. Répartition des traitements anticoagulants par département	69
3.11.2.3. Répartition des traitements anticoagulants selon le sexe	69
3.11.2.4. Répartition des traitements anticoagulants par tranches d'âge	69
3.11.2.5. Motifs de prescription des traitements anticoagulants	70
3.11.2.6. Traitement anticoagulant préventif/curatif ?	71
3.11.3. Traitement local sur l'érysipèle	71
3.11.3.1. Répartition des prescriptions du traitement local	71
3.11.3.2. Modalités des traitements locaux	72
3.11.4. Traitement de la porte d'entrée	72
3.11.4.1. Répartition des prescriptions du traitement de la porte d'entrée	72
3.11.4.2. Portes d'entrée non traitées	73
3.11.4.3. Modalités de traitement des portes d'entrée	73
3.11.5. Traitement anti-inflammatoire	74
3.11.5.1. Généralités	74
3.11.5.2. Répartition des anti-inflammatoires par département	74
3.11.5.3. Répartition des anti-inflammatoires selon le sexe	75
3.11.5.4. Traitement local/général ?	75
3.11.5.5. Traitement de novo/habituel ?	75

3.12. HOSPITALISATION	76
3.12.1. Généralités	76
3.12.1.1. Répartition des hospitalisations par département	76
3.12.1.2. Répartition des hospitalisations selon le sexe	76
3.12.2. Hospitalisation primaire	77
3.12.2.1. Généralités	77
3.12.2.2. Répartition des hospitalisations primaires par département	77
3.12.2.3. Répartition des hospitalisations primaires par département et par tranches d'âge	77
3.12.2.4. Répartition des hospitalisations primaires par tranches d'âge et par sexe	78
3.12.2.5. Motifs d'hospitalisation primaire	79
3.12.3. Hospitalisation secondaire	81
3.12.3.1. Répartition des hospitalisations secondaires par département	81
3.12.3.2. Répartition des hospitalisations secondaires par tranches d'âge et par département	81
3.12.3.3. Répartition des hospitalisations secondaires par tranches d'âge et par sexe	81
3.12.3.4. Délai d'hospitalisation secondaire	82
3.12.3.5. Motifs d'hospitalisation secondaire	82
3.13. EVOLUTION, DUREE DE L'EPISODE	84
3.13.1. Evolution favorable	84
3.13.1.1. Répartition des patients avec évolution favorable par département	84
3.13.1.2. Répartition des patients avec évolution favorable selon le sexe	84
3.13.2. Récidives	84
3.13.2.1. Répartition des patients avec récidives par département	84
3.13.2.2. Répartition des patients avec récidives selon le sexe	85
3.13.2.3. Répartition des patients avec récidives par tranches d'âge	85
3.13.3. Autres complications	85
3.13.3.1. Répartition des patients avec complications par département	85
3.13.3.2. Répartition des patients avec complications selon le sexe	86
3.13.3.3. Répartition des patients avec complications par tranches d'âge	86
3.14. DUREE DE L'EPISODE	
3.14.1. Répartition de la durée des épisodes par département	87
3.14.2. Répartition de la durée des épisodes selon le sexe	87
3.14.3. Répartition de la durée des épisodes par tranches d'âge	88
<b><u>IV. DISCUSSION</u></b>	<b>89</b>
4.1. PLACE ET INTERET DE L'ETUDE	89
4.2. LES BIAIS	89
4.3. RESULTATS STATISTIQUES	90
4.3.1. Données épidémiologiques	90
4.3.2. Données démographiques	91
4.3.3. Antécédents d'érysipèle	91
4.3.4. Localisation de l'érysipèle	91
4.3.5. Signes généraux	92

4.3.6. Signes locaux	92
4.3.7. Facteurs de risque ou comorbidités associées	93
4.3.8. Portes d'entrée suspectées	94
4.3.9. Examens complémentaires	95
4.3.9.1. Examens bactériologiques/biologiques	95
4.3.9.2. Echographie doppler	96
4.3.10. Traitement à domicile	97
4.3.10.1. Antibiothérapie	97
4.3.10.2. Traitement anticoagulant	99
4.3.10.3. Traitement local sur l'érysipèle	100
4.3.10.4. Traitement de la porte d'entrée	101
4.3.10.5. Traitement anti-inflammatoire	102
4.3.11. Hospitalisation	103
4.3.12. Evolution, durée de l'épisode	106
<b>CONCLUSION</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXE 2 : COURRIER AUX MEDECINS GENERALISTES</b>	<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>114</b>
<b>SERMENT MEDICAL</b>	<b>121</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Rappel anatomique, mise au point terminologique	11
Diagnostics différentiels	16
Score diagnostique : Erysipèle versus Fasciite nécrosante	17
Taux de réponses exploitables par département	35
Répartition des effectifs par département	35
Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an et par médecin	36
Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an, par médecin et par département	36
Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an et par département	37
Répartition des dates de diagnostic des érysipèles par année	37
Répartition des dates de diagnostic des érysipèles par mois	38
Distribution des effectifs selon le sexe	38
Distribution des effectifs en fonction du sexe et du département	39
Distribution des effectifs par tranches d'âge	40
Distribution des effectifs par tranches d'âge et par département	40
Distribution des effectifs par tranches d'âge et par sexe	41
Répartition des premiers épisodes d'érysipèle et des récurrences	42
Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par département	42
Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par tranches d'âge	43
Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par département et par tranches d'âge	43
Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par malade	44
Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par malade et par département	44
Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle selon le sexe	45
Répartition des érysipèles selon leur localisation	46
Pourcentage de récurrences selon la localisation de l'érysipèle	46
Latéralisation de l'érysipèle	46
Latéralisation de l'érysipèle selon sa localisation	47
Latéralisation de l'érysipèle en fonction de l'âge	47
Répartition des signes généraux : fièvre et frissons	48
Répartition de la fièvre et des frissons par tranches d'âge	48
Répartition des signes locaux : bulles et purpura pétéchial	49
Répartition des bulles et du purpura pétéchial par tranches d'âge	49
Répartition des facteurs de risque dans la population étudiée	50
Répartition du nombre de facteurs de risque par individu	52
Répartition des portes d'entrée dans la population étudiée	52
Répartition des autres portes d'entrée identifiées	53
Répartition des portes d'entrée par département et par sexe	53
Répartition des portes d'entrée par tranches d'âge	54
Répartition des demandes d'examen complémentaires par département	55
Répartition des demandes d'examen complémentaires selon le sexe	55
Répartition des demandes d'examen complémentaires par tranches d'âge	55
Répartition des examens bactériologiques par département	56
Répartition des examens bactériologiques selon le sexe	56
Répartition des examens bactériologiques par tranches d'âge	57
Répartition des demandes d'écho doppler par département	58
Répartition des demandes d'écho doppler par sexe	58

Répartition des demandes d'écho doppler par tranches d'âge	59
Répartition des demandes d'écho doppler en fonction des facteurs de risque d'érysipèle	60
Résultats des écho doppler	60
Répartition de l'antibiothérapie prescrite par département	61
Répartition des voies d'administration de l'antibiothérapie par département	62
Durée moyenne de prescription des antibiotiques	63
Répartition des durées de prescription des antibiotiques par département	64
Répartition des posologies des antibiotiques prescrits par département	65
Répartition des traitements anticoagulants par département	69
Répartition des traitements anticoagulants selon le sexe	69
Répartition des traitements anticoagulants par tranches d'âge	69
Anticoagulation par tranches d'âge	70
Répartition des motifs de prescription des traitements anticoagulants par département	70
Répartition des motifs de prescription des traitements anticoagulants selon le sexe	71
Répartition des prescriptions d'un traitement local sur l'érysipèle par département	71
Répartition des prescriptions d'un traitement local sur l'érysipèle selon le sexe	71
Répartition des prescriptions du traitement de la porte d'entrée par département	72
Répartition des prescriptions du traitement de la porte d'entrée selon le sexe	72
Répartition des portes d'entrée non traitées par département	73
Répartition des portes d'entrée non traitées selon le sexe	73
Répartition des anti-inflammatoires prescrits	74
Répartition des anti-inflammatoires par département	75
Répartition des anti-inflammatoires selon le sexe	75
Répartition des hospitalisations par département	76
Répartition des hospitalisations selon le sexe	76
Répartition des hospitalisations primaires par tranches d'âge et par département	77
Répartition des hospitalisations primaires par tranches d'âge et par sexe	78
Répartition des motifs d'hospitalisation primaire par département	79
Répartition des motifs d'hospitalisation primaire selon le sexe	80
Répartition des hospitalisations secondaires par tranches d'âge et par département	81
Répartition des hospitalisations secondaires par tranches d'âge et par sexe	81
Répartition des motifs d'hospitalisation secondaire par département	82
Répartition des motifs d'hospitalisation secondaire selon le sexe	83
Répartition des patients avec une évolution favorable par département	84
Répartition des patients avec une évolution favorable selon le sexe	84
Répartition des patients avec récurrences par département	84
Répartition des patients avec récurrences selon le sexe	85
Répartition des patients avec récurrences par tranches d'âge	85
Répartition des patients avec complications par département	85
Répartition des patients avec complications selon le sexe	86
Répartition des patients avec complications par tranches d'âge	86
Répartition de la durée des épisodes par département	87
Répartition de la durée des épisodes selon le sexe	88
Répartition de la durée des épisodes par tranches d'âge (effectif)	88
Répartition de la durée des épisodes par tranches d'âge (pourcentage)	88

## **INTRODUCTION**

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne, aiguë, non nécrosante, le plus souvent d'origine streptococcique, non exceptionnelle en médecine générale. Son diagnostic et sa prise en charge ne sont pas toujours faciles pour le praticien confronté à cette pathologie.

Les études réalisées jusqu'à ce jour, concernent essentiellement des patients hospitalisés et l'attitude pratique des médecins généralistes libéraux confrontés à cette pathologie n'a que très rarement été étudiée.

Infection d'incidence croissante, l'érysipèle a fait l'objet d'une conférence de consensus en janvier 2000 : « Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge » qui autorise désormais, en l'absence de facteurs de gravité, une prise en charge ambulatoire de cette pathologie sous couvert d'une surveillance clinique rapprochée du patient.

Afin de vérifier l'impact de cette conférence de consensus sur la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes libéraux, nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective dans deux départements de l'ouest de la France, la Loire Atlantique et la Vendée pour obtenir ainsi un échantillon représentatif.

Le but de cette étude consiste à apprécier le traitement de 460 patients atteints d'érysipèle par les médecins généralistes exerçant leur activité dans l'un ou l'autre de ces deux départements et d'analyser de façon critique cette prise en charge en la comparant aux recommandations de la dernière conférence de consensus.

Après quelques données épidémiologiques et démographiques, l'étude des facteurs de risque, de la ou des portes d'entrée, nous étudierons entre autre l'antibiothérapie prescrite par les praticiens interrogés, la réalisation ou non d'examen complémentaires (bactériologiques, échographie doppler...), l'utilisation de traitements anticoagulants, d'anti-inflammatoires, la prise en charge ambulatoire ou en milieu hospitalier, le traitement local instauré sur l'érysipèle, le traitement de la porte d'entrée puis l'évolution de l'érysipèle chez les différents malades.

# I. RAPPELS A PROPOS DE L'ERYSIPELE

## 1.1. GENERALITES

### 1.1.1. Définition

L'érysipèle est une dermo-hypodermite, aiguë, non nécrosante, d'origine bactérienne, classiquement streptococcique, et pouvant récidiver [8,14,24,32,37,58].

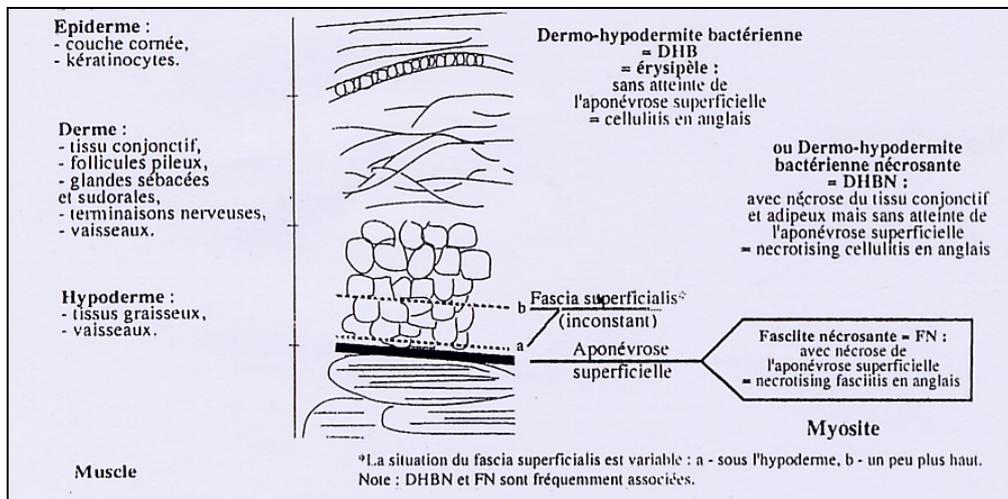
### 1.1.2. Rappels anatomiques

La peau est constituée d'un épiderme (couche cornée et kératinocytes), d'un derme constitué de tissu conjonctif, des annexes pilo-sébacées et sudorales, des terminaisons nerveuses et de vaisseaux, et d'un hypoderme constitué de tissu adipeux, de vaisseaux et du fascia superficialis, inconstant, qui sépare la peau des tissus et organes plus profonds.

En dessous de la graisse hypodermique se trouve une aponévrose superficielle résistante et fermement adhérente au tissu sous-jacent (muscles...), celle-ci est le siège électif de la nécrose dans les fasciites nécrosantes.

Le terme de « tissu cellulaire sous-cutané » doit être abandonné, il ne correspond à aucune structure anatomique et, le tissu adipeux, les fibrocytes et les vaisseaux que l'on trouve sous le fascia superficialis, quand celui-ci existe, est une partie de l'hypoderme et donc de la peau. Les tissus véritablement « sous-cutanés » sont l'aponévrose superficielle, les muscles, les vaisseaux profonds... [1,32,36,37].

Rappel anatomique, mise au point terminologique [32]



### 1.1.3. Données terminologiques

Le terme de « cellulite » est appliqué à diverses affections indépendantes et définit habituellement une infection extensive des tissus sous-cutanés.

Ce terme est, en fait, source de confusion puisque les processus inflammatoires, infectieux ou non, qui sont dénommés « cellulites » se développent dans l'épiderme, le derme et l'hypoderme donc dans la peau et non dans les tissus sous cutanés.

Un processus infectieux qui s'étend aux fascias, aux muscles et aux veines profondes est une infection extensive aux tissus sous-cutanés.

L'abandon du terme « cellulite » permet de clarifier la terminologie et selon la structure atteinte on parle de :

- Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante, « cellulitis » dans la littérature anglaise assimilée à l'érysipèle
- Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante, « necrotising cellulitis », avec nécrose du tissu conjonctif et adipeux mais sans atteinte de l'aponévrose superficielle
- Fasciite nécrosante, « necrotising fasciitis », caractérisée par la nécrose de l'aponévrose superficielle
- Dermo-épidermite microbienne
- Myosite
- Gangrène infectieuse

#### 1.1.4. Données épidémiologiques

L'érysipèle est une infection sporadique et communautaire.

Il n'existe pas de recrudescence saisonnière nette dans la majorité des observations réalisées [17,44] même si certaines études ont remarqué une prédominance de survenue des érysipèles en été et en automne [63].

Il s'agit d'une pathologie commune dont l'incidence estimée est de 10 à 100 cas par an pour 100000 habitants et dont la fréquence semble augmenter depuis quelques années [8,29,32,37,68].

Historiquement, l'érysipèle a initialement été décrit au visage ; actuellement, il est dans plus de 85% des cas localisé au membre inférieur [24,32,37,50,52,62].

On note une prédominance féminine dans la plupart des études avec un âge moyen inférieur chez les hommes [62,63,65]. Il s'agit d'une affection rare en dessous de trente ans et concerne essentiellement des patients dont l'âge moyen est compris entre 55 et 65 ans [7,8,10,15,24,32,37,44,45,48,50].

L'âge moyen de survenue des érysipèles est plus élevé en Europe qu'en Afrique noire où l'érysipèle atteint en général l'adulte jeune de 35 à 45 ans [62].

Infection non immunisante, l'érysipèle est caractérisé par la fréquence élevée des récurrences [58,62].

#### 1.1.5. Données microbiologiques

La flore cutanée est constituée par deux types de germes :

- les germes commensaux de la peau ou germes saprophytes, essentiellement, les staphylocoques à coagulase négative (*Staphylococcus epidermidis*), mais aussi le *Propionibacterium acnes* et *Malassezia furfur* (levure). Ils sont présents sur toute peau et protègent contre la prolifération des germes pathogènes ; ils deviennent parfois agents infectieux en cas d'effraction cutanée.
- les germes dits en « transit » sur la peau, pouvant s'y multiplier transitoirement et devenir pathogènes : le staphylocoque doré, *Streptococcus pyogenes* et certains bacilles à Gram négatif. A l'occasion d'une brèche cutanée, ils sont responsables d'infections cutanées tels l'impétigo quand le germe colonise l'épiderme et le derme superficiel, le furoncle quand il colonise le follicule pileux et l'érysipèle quand l'infection est plus profonde et atteint le derme et l'hypoderme...

L'érysipèle est une maladie originale du fait de son caractère toxi-infectieux et de la faible densité bactérienne dans les lésions.

La connaissance de la bactérie causale d'une infection est un élément fondamental dans le choix de toute antibiothérapie cependant, la recherche du germe responsable de l'érysipèle est difficile.

Des prélèvements locaux réalisés sur le site infecté, c'est à dire dans le derme et l'hypoderme en cas d'érysipèle, nécessitent de traverser la barrière cutanée colonisée par une flore commensale qui risque de fausser les résultats.

Les hémocultures sont souvent négatives (leur rentabilité est d'environ 2%) cependant, l'isolement d'une bactérie dans l'une d'entre elles soulève peu d'incertitude quant à son caractère pathogène [37] ; une étude a montré qu'elles sont plus fréquemment positives en cas de néoplasie sous jacente.

L'écouvillonnage de la porte d'entrée retrouve une bactérie dans près de 50% des cas et le prélèvement des lésions cutanées, en particulier en cas de phlyctène, est souvent utilisé.

Les germes responsables de l'érysipèle sont le plus souvent les streptocoques hémolytiques avec parmi ceux-ci [8,14,23,25,32,37,68] :

- le groupe A, avec le *Streptococcus pyogenes*, est le plus fréquent ; sa fréquence d'isolement est de 58 à 67% de cultures positives.
- le groupe G est le deuxième en fréquence avec le *Streptococcus dysgalactiae*.
- les groupes B, C, et D sont plus rarement isolés.

Dans de nombreux prélèvements coexistent cependant streptocoques et staphylocoques.

L'isolement des staphylocoques pose un problème d'interprétation des résultats puisque certains d'entre eux font partie de la flore cutanée normale et ne sont pas responsables d'infections cutanées. Les staphylocoques dorés sont en fait les seuls à être pris en considération, leur fréquence les place en deuxième position après les streptocoques [25].

D'autres bactéries sont parfois isolées ; leur rôle exact dans la genèse de l'infection n'est pas toujours bien établi :

- *Escherichia coli*
- *Protéus mirabilis*
- *Klebsiella*
- *Serratia*
- *Acinetobacter*
- *Enterobacter*
- *Pseudomonas*
- Streptocoques non groupables
- Entérocoques

Enfin, certaines bactéries peuvent, occasionnellement, provoquer des tableaux cliniques similaires :

- *Pasteurella*
- *Erysipelothrix*
- *Haemophilus influenzae de type B*
- *Vibrio vulnificus*
- *Moraxella*
- Pneumocoque
- *Yersinia enterocolitica*

### 1.1.6. Facteurs de risque

Très peu d'études, essentiellement réalisées en milieu hospitalier, ont mis en évidence des facteurs de risque locaux ou généraux [14,24,28,44,63].

Les localisations à la face sont devenues rares depuis l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et la prédominance des érysipèles aux membres inférieurs s'explique désormais par la plus grande fréquence de facteurs loco-régionaux favorisant au niveau des membres inférieurs [68].

On retrouve, parmi les facteurs de risque loco-régionaux [14,17,23,24,28,37,44,55,63] :

- Insuffisance veineuse et/ou lymphatique (facteur de risque le plus fréquent et notifié dans la quasi totalité des études [5,17,23,24,58])
- Plaie traumatique ou chirurgicale, parfois minime
- Mise en place d'une prothèse articulaire plusieurs semaines ou années auparavant [58]
- Ulcère de membre
- Lésion cutanée (telle une perlèche sur le visage...)
- Brûlure
- Dermatose préexistante d'autant plus qu'elle est prurigineuse (eczéma par exemple), facteur de risque aggravé par l'utilisation de dermocorticoïdes
- Mycose avec notamment l'intertrigo fissuraire inter-orteils
- La varicelle
- Piqûre d'insecte
- Saphénectomie pour pontage coronarien
- Stripping de varices
- Radiothérapie [5,67]
- Lymphadénectomie
- Artériopathie

Parmi les facteurs de risque généraux, on note [14,17,28,37,48,50,55,62,63] :

- Obésité
- Immunodépression cellulaire ou humorale, congénitale ou acquise, iatrogène ou non
- Déficit quantitatif ou qualitatif des polynucléaires
- Antibiothérapie générale à large spectre
- Corticothérapie générale ou locale
- Connectivites
- Traitement initial inadapté lorsqu'il s'agit d'une récurrence ou d'une rechute d'érysipèle (absence de traitement, traitement insuffisant, durée de traitement trop courte...).

L'érysipèle après traitement du cancer du sein ou après irradiation ganglionnaire et/ou lymphatique est connu mais rarement rapporté ; il est essentiellement favorisé par la persistance d'un lymphœdème [5].

En ce qui concerne le diabète et l'éthylisme chronique, leur rôle en tant que facteurs de risque semble controversé [31]. Alors que certaines études leur attribuent une responsabilité dans la survenue d'un érysipèle [24,44,52,63], d'autres au contraire semblent limiter cette possibilité [37] voire l'exclure ; c'est le cas de Dupuy et Al. dans leur étude consacrée aux facteurs de risque d'érysipèle, concernant 167 patients hospitalisés dans 7 établissements français entre juin 1995 et octobre 1997, qui écartent tout lien de causalité du diabète et de l'éthylisme chronique dans la survenue d'un érysipèle [28].

## 1.2. DIAGNOSTIC

### 1.2.1. Diagnostic clinique

Dans toutes les études prospectives ou rétrospectives, le diagnostic d'érysipèle repose sur des éléments cliniques, or les signes cliniques n'ont jamais été évalués en tant que critères diagnostiques ; il demeure cependant, que malgré l'absence de validation, le diagnostic d'érysipèle reste un diagnostic clinique [71].

La topographie est ubiquitaire (membres, thorax, abdomen, bassin, organes génitaux...) mais deux pôles préférentiels existent, le visage et surtout les membres inférieurs [23,68].

La fréquence de l'atteinte des membres inférieurs est supérieure à 80% des érysipèles [5,14,37,55,62,63,71].

Il s'agit, dans la forme typique, d'une « grosse jambe rouge, aiguë, fébrile (39°-40°C), unilatérale » [24,68].

Le terrain est particulier : souvent une femme âgée, obèse, avec insuffisance veineuse ou lymphatique.

L'incubation est de 2 à 5 jours.

Le début est brutal avec une fièvre, inconstante, souvent élevée, qui peut précéder la lésion cutanée et être associée à des frissons, malaises et nausées [14,32,37,50,68,71] ; on note parfois une hypothermie [50,62].

Il existe un placard inflammatoire, érythémateux (rouge vif), œdématié avec une peau tendue et luisante, chaud, douloureux, parfois s'ajoutent quelques vésicules bulles hémorragiques, ou un aspect purpurique, ecchymotique ou pétéchial [5,14,15,19,24,32,37,50,62,71].

L'extension est centrifuge et rapide sans guérison centrale de la plaque [14,71] ; les limites sont souvent peu nettes et le bourrelet périphérique est rare [68].

L'examen retrouve plus rarement des traînées de lymphangite et une adénopathie satellite inguinale sensible [14,24,32,37,68,71].

Les formes subaiguës à type de dermite érysipéatoïde de jambe sont fréquentes avec un début moins brutal, une fièvre peu élevée à 38°-38,5°C et des signes locaux plus discrets.

Le diagnostic différentiel est plus difficile.

Les formes atypiques sont caractérisées soit par peu de signes infectieux (en particulier dans les formes récurrentes sur un lymphoedème), soit par moins de signes inflammatoires locaux (notamment chez les patients immunodéprimés), soit par des formes nécrotiques chez des malades artéritiques ou diabétiques.

L'érysipèle de la face est le deuxième en fréquence ; il correspond à environ 10% des érysipèles [5,37,71].

On retrouve les mêmes symptômes que sur la jambe avec un placard inflammatoire, rouge, violacé, des limites plus nettes et un bourrelet périphérique saillant caractéristique [24,68].

La bilatéralisation est plus fréquente.

L'examen met parfois en évidence des traînées de lymphangite et des adénopathies satellites difficiles à palper car noyées dans l'œdème [37,71].

La localisation aux membres supérieurs est plus rare et concerne moins de 12% des cas d'érysipèle [5,14,37].

Des formes graves d'érysipèle existent.

Elles se caractérisent par la présence de zones nécrotiques cutanées ; leur extension en profondeur est moins marquée que dans les fasciites nécrosantes et la frontière nosologique avec ces dernières n'est pas évidente. Elles sont dénommées « Erysipèle nécrosant ».

Le traitement médical seul est en principe suffisant.

### 1.2.2. Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'érysipèle est réalisé sur des critères cliniques peu spécifiques.

Les diagnostics différentiels peuvent être des maladies infectieuses, non infectieuses ou des pathologies à l'origine d'une inflammation par contiguïté.

En dehors de la thrombose veineuse profonde, un diagnostic différentiel n'est envisagé qu'en cas de résistance à l'antibiothérapie [71].

Diagnosics différentiels [71] :

Tableau 1 Diagnosics différentiels de l'érysipèle : Causes infectieuses	Tableau 2 Diagnosics différentiels de l'érysipèle : Causes non infectieuses
<p><b>1-Bactériennes avec tableaux clinicobactériologiques particuliers</b> Erysipéloïde (maladie du Rouget du porc) Cellulite à <i>Haemophilus influenzae</i> ou à <i>Yersinia</i> La maladie de Lyme (érythème migrant) Staphylococcie de la face Lymphangite Pasteurellose à <i>Pasteurella multocida</i> Ostéomyélite Bursite</p> <p><b>2-Non bactériennes</b> Zona ophtalmique Cryptococcose</p> <p><b>3-Immunodéprimés</b> Dermo-hypodermite bactérienne à Staphylocoque, Pyocyanique, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Acinetobacter calcoaceticus</i>, <i>Bactéroides fragilis</i>, <i>E. coli</i>, Pneumocoque, <i>Propionibacterium acnes</i></p> <p><b>4-Infections aux frontières nosologiques</b> Fasciite nécrosante Dermo-hypodermite bactériennes aigue non Streptococcique Myosite à Bacille Gram Négatif Myosite Streptococcique</p>	<p><b>1-Thromboses veineuses</b> Thrombose veineuse profonde Thrombose veineuse superficielle</p> <p><b>2-Maladies localisées</b> Syndrome des loges Intolérance aux prothèses orthopédiques Cellulite de Wells Syndrome de Melkerson-Rosenthal La dermite de stase</p> <p><b>3-Maladies diffuses ou systémiques</b> Lupus Maladie périodique Syndrome de Sweet Cancers métastatiques inflammatoires : mélanome métastatique et cancer du sein Lymphome angiotrope Maladie de Crohn Pustulose exanthématique aiguë généralisée due au mercure</p> <p><b>4-Dermatoses rarement fébriles</b> Eczéma de contact Œdème de Quincke</p>

Certaines dermo-hypodermite bactériennes aiguës non nécrosantes doivent être différenciées de l'érysipèle [37] :

- La fasciite nécrosante [32,34,68]

A son début, il est parfois difficile de séparer érysipèle sévère et fasciite nécrosante.

Hammar et Al ont proposé un score diagnostic qui pourrait séparer érysipèle et fasciite nécrosante face à des tableaux cliniques très proches.

Ce score n'a jamais été validé dans la littérature ni même par les auteurs, certains critères étant discutables [39,71].

<b>SCORE DIAGNOSTIQUE : ERYSIPELE VERSUS FASCIITE NECROSANTE</b>	
Inefficacité des antibiotiques oraux	3
Confusion mentale	5
Choc	5
Température supérieure à 38°C	
- durant 2-3 jours	1
- plus de 3 jours	2
Douleur à la palpation	1
Douleur spontanée	5
Œdème mou	1
Œdème induré	5
Erythème	1
Purpura	1
Papules	1
Bulles	5
Cyanose	5
Pâleur livide du tégument	5
Ulcération, nécrose	5
Absence de lymphangite	2
En faveur d'un érysipèle : score inférieur à 15	
En faveur d'une fasciite nécrosante : score supérieur à 18	

L'état de choc et la douleur intense, inhabituels lors d'un érysipèle, doivent faire évoquer une fasciite nécrosante.

- La staphylococcie de la face à *Staphylococcus aureus*

Elle donne un placard érythémateux plus violacé et moins inflammatoire que l'érysipèle.

Le diagnostic se fait sur l'anamnèse (furoncle manipulé, abcès...) et la positivité des hémocultures.

L'évolution peut se faire vers la staphylococcie maligne de la face associant des signes généraux très marqués et l'apparition de cordons inflammatoires correspondants à des thromboses veineuses [68,71].

- L'ostéomyélite

L'ostéomyélite aiguë hémotogène des os longs est exceptionnelle chez l'adulte et la plus connue est l'ostéomyélite chronique responsable d'une fistule au long cours.

Elle prédomine chez l'enfant, atteignant par voie hémotogène la métaphyse des os longs.

Le syndrome septique métaphysaire aigu peut se compliquer d'une inflammation des parties molles avec formation d'un abcès sous-périosté se traduisant par un érythème douloureux.

Elle se traduit le plus souvent par une clinique trompeuse associant une grosse jambe rouge, aiguë, fébrile et résistante à l'antibiothérapie habituelle.

Les germes les plus fréquemment isolés sont le staphylocoque doré et le staphylocoque épidermidis.

Son diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie :

- la radiographie standard est souvent normale les premiers jours ; une destruction corticale avec des appositions périostées peut suggérer le diagnostic mais n'est pas spécifique.

- L'imagerie par résonance magnétique nucléaire reste l'examen de choix révélant des remaniements médullaires, une destruction corticale, un œdème péri-lésionnel ou le début d'une collection des parties molles révélatrice d'un abcès.

Les hémocultures sont souvent négatives et la mise en culture de biopsies chirurgicales s'avère nécessaire pour tenter d'identifier le germe.

Les examens biologiques, non spécifiques, retrouvent un syndrome inflammatoire.

Le traitement repose essentiellement sur une bi-antibiothérapie intra veineuse au moins à visée antistaphylococcique, durant deux semaines, relayée par une antibiothérapie orale pendant six semaines.

Un geste chirurgical est nécessaire pour stériliser un foyer infectieux évoluant depuis plusieurs semaines [51,71].

- Les Pasteurelloses à *Pasteurella multocida*

Elles peuvent être responsables de dermo-hypodermites inflammatoires, hyperalgiques mais l'anamnèse et les griffures de chat font suspecter le diagnostic [71].

- La cellulite à *Haemophilus influenzae* de type B

Elle donne un placard peu infiltré, peu œdémateux, érythémato-violacé ou contusifforme.

Elle survient chez l'enfant, souvent de moins de deux ans, rarement chez l'adulte.

La fièvre est modérée et sa localisation préférentielle est le visage.

Le terrain, la coloration violacée et le caractère peu inflammatoire permettent le diagnostic [1,68,71].

- La Maladie Périodique ou Fièvre Familiale Méditerranéenne présente classiquement un tableau clinique de pseudo érysipèle.

L'anamnèse, les signes cliniques extra cutanés et l'efficacité de la colchicine permettent le diagnostic. Le placard cutané disparaît en 48 à 72 heures.

La vigilance reste de rigueur car un malade atteint de maladie périodique peut aussi présenter un érysipèle.

- L'érysipéloïde ou maladie du Rouget du Porc

Elle est due à *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Elle entraîne un placard rouge, violacé « aubergine », peu inflammatoire, induré, s'étendant de façon centrifuge avec guérison centrale.

Les signes généraux sont absents, la fièvre discrète et inconstante.

Le diagnostic se fait sur le tableau clinique et l'anamnèse : notion d'inoculation par blessure après manipulation d'un animal contaminé ou métiers à risque tels que charcutiers, poissonnier...[71]

- La cellulite à *Aeromonas hydrophila*

Elle complique une blessure contaminée par l'eau ou la terre [71].

Il faut aussi distinguer les placards inflammatoires fébriles non infectieux.

- La dermite de stase [32]

Elle est responsable d'une grosse jambe érythémateuse, parfois fébrile, et est le plus souvent bilatérale.

Elle survient sur un terrain d'insuffisance veineuse et évolue par poussées inflammatoires spontanément régressives.

- Les thromboses veineuses profondes et superficielles [32]

En dehors des maladies infectieuses, la thrombose veineuse profonde est le diagnostic différentiel le plus souvent évoqué en pratique clinique.

La plupart des auteurs s'accordent pour dire que les données cliniques sont suffisantes pour différencier les phlébites des érysipèles. En effet, la « *phlegmatia alba dolens* » est caractérisée par un œdème douloureux, mal limité, volontiers peu ou non inflammatoire avec perte du ballotement du mollet et fièvre modérée.

De plus, l'association d'une authentique thrombose veineuse profonde à un érysipèle est exceptionnelle [68,71].

La thrombose veineuse superficielle est plutôt le diagnostic différentiel de la lymphangite, toutes deux donnent une traînée inflammatoire le long des trajets saphéniens [71].

En cas de doute, un écho doppler veineux sera pratiqué [68].

- La lymphangite réalise un trajet rouge, inflammatoire souvent associé à une adénopathie inguinale.

Elle est parfois associée à un érysipèle [15].

- L'intolérance aux prothèses orthopédiques

Elle peut être difficile à distinguer d'un érysipèle d'autant plus qu'il s'agit parfois d'un érysipèle vrai en regard d'une prothèse de hanche.

Elle se traduit par un placard inflammatoire avec hyperthermie, hyperleucocytose souvent supérieure à 15000, et guérit sous corticothérapie générale en 48 heures. Il n'y a ni lymphangite, ni adénopathie, ni évolution progressive du placard inflammatoire.

Un test de provocation orale avec les métaux déclenche une récurrence identique en 12 heures [58,71].

- Le syndrome des loges entraîne un œdème compressif dans une loge aponévrotique inextensible [15,34].

La fièvre est absente ou peu importante sauf en cas de complication (pyomyosite par exemple).

L'aspect inflammatoire simulant un érysipèle est exceptionnel.

- L'eczéma aigu est caractérisé cliniquement par l'importance du prurit, des vésicules sur une base inflammatoire et une bordure émiettée.

Il n'existe habituellement pas de fièvre [15,34,68].

- Le zona ophtalmique est unilatéral [34] et se distingue par une éruption vésiculeuse progressant par poussées successives.

- L'œdème de Quincke est non érythémateux [34].

### 1.2.3. Intérêt des examens complémentaires

L'érysipèle est une toxi-infection qui se caractérise par une charge bactérienne faible [64] expliquant très probablement les difficultés rencontrées pour isoler le germe dans certains prélèvements bactériologiques « classiques ».

La biologie manque de spécificité et n'intervient pas directement dans le diagnostic, qui reste avant tout clinique [14,37,71].

Elle constitue une aide lorsqu'elle associe les signes cliniques et une augmentation du nombre de polynucléaires neutrophiles [71].

L'isolement de l'agent pathogène est un argument majeur du diagnostic de toute infection ; il n'est cependant pas indispensable à la prise en charge d'un érysipèle.

Dans l'érysipèle, l'apport diagnostique de la bactériologie est limité par 2 difficultés :

- les différents examens bactériologiques ont une médiocre sensibilité ;
- les prélèvements locaux doivent être réalisés sur le site infecté c'est à dire dans le derme et l'hypoderme ; dans ce cas, il faut donc traverser la barrière cutanée colonisée par une flore commensale qui fausse parfois les résultats.

Le caractère étiopathogénique des bactéries isolées sur la peau est donc d'une pertinence discutable car le staphylocoque, même retrouvé isolément, peut ne représenter qu'une colonisation sans caractère pathogène [71].

Les hémocultures sont souvent négatives, leur sensibilité est inférieure à 5%, mais elles permettent d'affirmer l'étiologie streptococcique quand elles sont positives [23,37,71].

La recherche d'une porte d'entrée cutanée est systématique et, si elle existe, est prélevée à l'aide d'un écouvillon qui permet d'identifier une bactérie dans près de 50% des cas.

La plupart des autres examens complémentaires est actuellement essentiellement réalisée à titre expérimental.

L'absence d'isolement de l'agent pathogène, dans une proportion importante, à partir des lésions cutanées a entraîné la mise au point de techniques spécifiques non conventionnelles, telles que la mise en évidence d'antigènes par agglutination de particules de latex et par immunofluorescence directe sur biopsie et, la détection du génome des bactéries.

Les techniques de culture mettent en évidence l'agent étiologique à partir de prélèvements au niveau des lésions de l'érysipèle : biopsie punch ou aspiration de sérosité à l'aide d'une seringue montée d'une aiguille. Cet examen direct est souvent négatif.

Les performances de la biopsie, sensibilité et surtout spécificité, ont été améliorées par l'utilisation d'anticorps fluorescents dirigés contre des structures pariétales (technique d'immunofluorescence directe) [23].

La recherche d'antigènes bactériens dans le cadre des érysipèles est limitée au genre *Streptococcus*.

L'immunofluorescence directe permet parfois de mettre en évidence des streptocoques à partir de coupes de biopsie cutanée ; la sensibilité de cette technique est estimée à 70%.

L'isolement, à partir de biopsie cutanée ou par aspiration de pus, d'antigènes streptococciques à l'aide d'une technique d'agglutination avec des particules de latex sensibilisées constitue une autre méthode [23].

La détection du génome bactérien est une technique ayant deux intérêts majeurs :

- elle permet un diagnostic dans des situations cliniques particulières, traitement antibiotique précoce, bactéries déficientes ou non cultivables par les méthodes classiques de culture.
- elle contribue à mieux comprendre certains mécanismes physiopathologiques.

La PCR présente cependant une faible sensibilité limitant l'intérêt de cette technique dans cette pathologie [23].

Le sérodiagnostic des infections cutanées est limité à la détection d'anticorps dirigés contre des antigènes streptococciques et staphylococciques.

Ce sérodiagnostic présente un intérêt pratique relatif du fait de son manque de spécificité et du délai nécessaire pour objectiver la séroconversion. De plus, il est possible qu'une antibiothérapie précoce empêche l'élévation du taux d'anticorps.

Les tests les plus souvent réalisés sont la détermination du taux des anticorps antistreptolysine (ASLO) et celui des anticorps antidésoxyribonucléase B (ADNase B).

Le titrage des anticorps antihyaluronidase (AHA), antistreptokinase (ASK) et anti-NADase (ANADase) est peu ou pas utilisé[23].

Aucune donnée concernant l'intérêt de la recherche des anticorps antistaphylolysine dans le diagnostic étiologique des érysipèles n'est disponible dans la littérature [23].

Les examens histologiques ne sont, le plus souvent, pas requis pour le diagnostic.

En cas de tableau atypique, la biopsie peut révéler un œdème diffus et fibrineux du derme et des couches graisseuses associé à une infiltration diffuse de neutrophiles ; il existe une atteinte des vaisseaux lymphatiques remplis de polynucléaires neutrophiles ; la nécrose suppurative focale est fréquente ainsi que la séparation de la jonction dermo-épidermique ; on trouve parfois des bactéries à Gram positif dans l'œdème.

### **1.3. PRISE EN CHARGE**

#### **1.3.1. Antibiothérapie**

Le traitement de l'érysipèle doit faire appel à une antibiothérapie active sur les germes habituellement incriminés c'est à dire en pratique les streptocoques bêta-hémolytiques.

De nombreuses études ont été réalisées afin d'obtenir des données « consensuelles » concernant la prise en charge thérapeutique des érysipèles.

Ronnen et Al. et Chartier et Grosshans préconisent la procaine-pénicilline G intramusculaire pendant 5 ou 10 jours [19,63].

La plupart des auteurs utilisent la pénicilline G intraveineuse à la dose de 12 millions d'unités par 24 heures pour une durée de 7 à 10 jours [19,52] ; dès l'obtention de l'apyrexie et l'amélioration des signes locaux, un relais oral est effectué soit par la pénicilline V [24,52], soit par les macrolides [24,52], soit par la clindamycine [46] ou soit par la pristinamycine [50].

Trois essais prospectifs ont été réalisés afin de comparer l'efficacité d'un traitement oral à l'antibiothérapie de référence.

Bernard, Chosidow et Vaillant, ont comparé l'efficacité de la pristinamycine orale au traitement de référence ; cette étude n'a pas permis de démontrer de différence d'efficacité entre le traitement par pristinamycine et celui par la pénicilline [9].

L'étude randomisée, ouverte, de Jorüp-Rönström et Al. compare la pénicilline V orale à la pénicilline G intraveineuse chez 60 patients traités pendant 10 jours ; l'évaluation de l'efficacité de ces 2 antibiotiques est basée sur la défervescence thermique, la durée d'hospitalisation, la durée du congé maladie, la survenue de complications locales et le taux de récurrences à 6 mois ; elle ne montre pas de différence significative entre les 2 groupes mais cette étude, présentant quelques points faibles (notamment un schéma thérapeutique complexe), reste critiquable [46].

L'essai de Bernard et Al., randomisé, multicentrique, à propos de 72 patients, compare la roxithromycine à la pénicilline G ; il montre l'absence de différence statistique entre l'efficacité de la pénicilline intraveineuse relayée par voie orale et la roxithromycine [10].

Les macrolides et les synergistines sont souvent prescrits en alternative à la pénicilline G en cas d'allergie ou en relais oral du traitement intraveineux.

Dans l'étude rétrospective de Ronnen et Al, 21 patients sur les 526 traités par érythromycine orale (2 grammes par jour) ont eu une évolution favorable dans 100% des cas ; on constate cependant que, comparé à la pénicilline injectable, le délai de résolution des lésions (8 jours versus 5 jours) et le taux de récurrence (57% versus 17 à 20%) étaient nettement supérieurs dans le groupe érythromycine [63].

L'étude de Bernard et Al., prospective, ouverte, monocentrique réalisée chez 42 patients traités par pristinamycine, à la posologie de 3 grammes par jour et jusqu'à 10 jours après obtention de l'apyrexie, retrouve un taux d'efficacité globale de 86% avec la pristinamycine c'est à dire similaire à celui rapporté avec la pénicilline G intraveineuse ou les macrolides lors du traitement d'un érysipèle [9].

La responsabilité, au cours de l'érysipèle, de *Staphylococcus aureus* comme agent pathogène ou copathogène est discutée ; peu d'études ont directement mis en évidence ce germe au niveau du siège de l'érysipèle [35].

Au terme de cette analyse, la pénicilline G injectable reste le traitement de référence de l'érysipèle mais son utilisation comporte des contraintes et des risques iatrogènes (perfusions intraveineuses répétées) qui nécessitent une hospitalisation et justifient l'utilisation de traitements oraux d'emblée [31,32].

Une prise en charge ambulatoire est désormais admise par la conférence de consensus de janvier 2000.

Les dernières recommandations préconisent, en première intention, les antibiotiques qui appartiennent à la famille des Bêta-lactamines [35,53].

Il n'y a, au contraire, pas de consensus au sein du jury pour l'utilisation de la pristinamycine en première intention [31,32].

Le choix de l'antibiothérapie dépend de la décision d'hospitalisation ou du maintien à domicile, donc de la gravité du tableau clinique local et général, de l'incertitude diagnostique devant un tableau atypique, de la notion d'allergie aux Bêta-lactamines, de l'observance attendue d'une thérapeutique orale et, des maladies associées.

La posologie de l'antibiotique tient compte du poids et des conditions d'élimination, notamment rénales.

Il faut distinguer plusieurs cas de figure [32,35,53]:

- **Un tableau clinique local ou général initial grave** justifie le choix du traitement de référence par pénicilline G en quatre à six perfusions intraveineuses par jour à la posologie de 10 à 20 millions d'unités par jour.

Le relais par pénicilline V orale, à la dose de 3 à 6 millions d'unités par jour en 3 prises quotidiennes ou, par amoxicilline aux posologies de 3 à 4,5 grammes par jour en 3 prises, est pris après 48 heures d'apyrexie jusqu'à la disparition des signes locaux pour une durée totale de traitement comprise entre 10 et 20 jours.

- **Devant un érysipèle typique sans signes de gravité**, un traitement oral est possible, le médecin généraliste devant s'assurer quotidiennement de l'absence de complications locales ou générales et de l'observance thérapeutique.

En cas de maintien à domicile, un traitement oral, par amoxicilline à la posologie de 3 à 4,5 grammes par jour en 3 prises quotidiennes, est instauré.

Le traitement est habituellement de quinze jours.

Il est suivi, si nécessaire, de la mise en place d'une prévention secondaire.

- **En cas d'allergie aux Bêta-lactamines**, le choix se porte :

soit sur la pristinamycine, à la posologie de 2 à 3 grammes par jour en 3 prises quotidiennes,

soit sur un macrolide, par exemple l'érythromycine, 1 à 3 grammes par 24 heures,

soit sur la clindamycine.

- **En cas de non amélioration ou d'aggravation malgré l'antibiothérapie**, il faut évoquer la possibilité de lésions profondes, nécrosantes, ou la présence de bactéries résistantes.

Il faut alors reconsidérer le traitement antibiotique et dans certains cas décider un geste chirurgical.

L'hospitalisation d'emblée doit se faire chaque fois qu'un traitement parentéral et une surveillance rapprochée sont nécessaires, en cas de doute diagnostique, de signes généraux importants, d'une comorbidité associée ou d'un contexte social rendant le suivi à domicile impossible.

Si le maintien à domicile est décidé (certitude diagnostique, absence de comorbidités associées et de signes locaux ou généraux importants, contexte social garantissant une compliance) une surveillance quotidienne des signes généraux et locaux est nécessaire.

La persistance de la fièvre après 72 heures de traitement, l'apparition de nouveaux signes locaux ou généraux, la décompensation d'une maladie associée doivent conduire à l'hospitalisation.

Le traitement de référence de l'érysipèle reste donc la pénicilline G intraveineuse avec relais oral par la pénicilline V. Ce traitement de référence impose cependant une hospitalisation systématique difficilement réalisable en pratique [35,53].

Les Bêta-lactamines autres que les pénicillines du groupe A, les pénicillines du groupe M, l'amoxicilline-acide clavulanique et les céphalosporines, ayant un spectre élargi, ne trouvent leur place qu'en seconde intention en cas d'évolution non satisfaisante [25,37].

### 1.3.2. Place des anti-inflammatoires dans la prise en charge de l'érysipèle

De nombreuses publications relatées dans la littérature ont montré la survenue de graves complications infectieuses, notamment des fasciites nécrosantes, lors de l'utilisation d'anti-inflammatoires et notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Cependant, les données dont nous disposons actuellement n'incriminent pas avec certitude les anti-inflammatoires [5,21,41,42].

La prudence reste donc de rigueur et la dernière conférence de consensus de janvier 2000, contre-indique l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de corticoïdes par voie orale lors de la prise en charge d'un érysipèle [31,32,37,42].

Elle précise que, pour les malades traités au long cours par anti-inflammatoires non stéroïdiens ou par corticothérapie, il n'y a pas lieu de modifier ce traitement de fond lorsqu'il est indispensable ; ces traitements représentent, cependant, un facteur de comorbidité qui nécessite une grande prudence et doit conduire d'emblée à une hospitalisation [37].

En cas de douleurs et de fièvre élevée ou mal tolérée, des antipyrétiques et antalgiques, comme le paracétamol, sont préférés.

Il convient de noter que la prescription d'anti-inflammatoires locaux est elle aussi fortement déconseillée [31,32].

### 1.3.3. Place des anticoagulants dans la prise en charge de l'érysipèle

Les données de la littérature déterminant le risque de survenue d'une thrombose veineuse profonde lors d'un érysipèle sont rares car très peu d'études ont été réalisées sur le sujet [54,59,61].

Mahé, à propos d'une série de 40 malades, retrouve, après examen systématique par écho doppler veineux réalisé dans les 48 heures suivant l'hospitalisation, 6 thromboses veineuses profondes, homolatérales à l'érysipèle, soit une fréquence de 15% [54].

Dans l'étude de Perrot portant sur 155 malades, chez lesquels un écho doppler veineux est systématiquement réalisé à leur entrée puis lors de leur départ, 1 thrombose veineuse profonde est notée à J0, donc à priori antérieure à l'érysipèle ; lors du contrôle de sortie, 3 thromboses veineuses profondes sont notées, 2/3 controlatérales, et 2 embolies pulmonaires sont détectées à la scintigraphie ; la fréquence cumulée est donc de 4/155 (2,58%) ; ces résultats sont d'autant plus significatifs que plus de 50% des patients présentaient au moins un facteur de risque de thromboembolique [61].

Enfin, Crickx et Al. n'ont retrouvé aucune thrombose veineuse profonde au cours de leur étude rétrospective concernant 111 cas d'érysipèle ; 88% des patients avaient, cependant, reçu de façon systématique un traitement anticoagulant, 30% de façon curative [24].

L'utilisation d'un traitement anticoagulant adjuvant du traitement antibiotique de l'érysipèle des membres inférieurs s'est pourtant progressivement imposée en France, probablement par peur d'une thrombose veineuse associée ou par la difficulté parfois, du diagnostic différentiel entre phlébite et érysipèle.

Le risque de survenue d'une thrombose veineuse profonde au cours de l'érysipèle des membres inférieurs est cependant faible puisqu'il est situé entre 0,7 et 4,9% [58].

Si l'on se réfère à l'estimation du risque de maladies veineuses thromboemboliques en situation médicale, trois situations sont envisagées :

Un risque faible :

- affection mineure et moins de deux facteurs de risque ;

L'incidence des thromboses veineuses profondes est inférieure à 10%.

Un risque modéré :

- affection mineure et plus de deux facteurs de risque et/ou antécédent thromboembolique ;
- affection majeure (infection sévère, insuffisance cardiaque ou respiratoire) ;

Le risque de thrombose veineuse profonde se situe entre 10 et 40%.

Un risque élevé :

- paralysie des membres inférieurs ;
- affection majeure et antécédent de maladie veineuse thromboembolique ;
- thrombophilie ;

La liste des principaux facteurs de risque de la maladie thromboembolique est établie par le THRIFT [59,69].

Les facteurs de risque relatifs aux patients sont les suivants :

- Age
- Obésité
- Insuffisance veineuse
- Antécédents de maladie veineuse thromboembolique
- Grossesse, post-partum
- Contraception orale, traitement substitutif de la ménopause
- Thrombophilie
- Déficit en antithrombine III, protéine C et S de la coagulation
- Résistance à la protéine C activée
- Anticorps antiphospholipides
- Hyperhomocystinémie
- Immobilisation de plus de quatre jours

Les facteurs de risque secondaires à la pathologie :

- Traumatisme ou intervention chirurgicale, notamment au niveau du pelvis et membre inférieur
- Néoplasie
- Infarctus du myocarde
- Paralysie d'un ou des membres inférieurs
- Syndrome infectieux
- Maladie inflammatoire du tube digestif
- Syndrome néphrotique
- Polycythémie
- Hémoglobinurie paroxystique nocturne
- Maladie de Béhçet
- Homocystéinémie

Si l'on se réfère à l'estimation du niveau de risque de la maladie veineuse thromboembolique en situation médicale établie par le THRIFT et repris par la conférence de consensus, la situation au cours des érysipèles est habituellement celle d'un risque faible ou modéré.

Une des hypothèses évoquée afin d'expliquer le faible risque d'association thrombose veineuse profonde et érysipèle est qu'il existerait un hyperdébit veineux au niveau du membre atteint et par conséquent une absence de stase veineuse qui est un élément fondamental de la triade de Virchow ; ce phénomène expliquerait aussi la survenue de thromboses veineuses profondes contralatérales [59].

Ainsi comme l'indique la dernière conférence de consensus, il n'existe donc aucun argument pour proposer l'utilisation systématique d'un traitement anticoagulant préventif ou curatif lors de la prise en charge d'un érysipèle ; il n'y a pas non plus de justification pour l'emploi des antiagrégants plaquettaires ni des antivitamines K.

Un traitement anticoagulant préventif est discuté, uniquement si le malade atteint d'érysipèle présente des facteurs de risque thromboemboliques associés (risque modéré et surtout élevé) ; ce sont ces facteurs de risque et non l'érysipèle qui doivent motiver la mise en route d'un traitement anticoagulant préventif [59].

Il n'y a pas lieu non plus d'administrer un traitement anticoagulant ni préventif ni curatif à un malade alité avec un risque thromboembolique faible.

On préfère le port de bandes de contention élastiques bilatérales, de force 2 à 3, ainsi que le lever précoce [59,69].

La recherche systématique d'une thrombose veineuse profonde par un écho doppler veineux des membres n'est pas justifiée non plus [37].

L'exploration veineuse par un écho doppler veineux n'est pratiquée qu'en cas de doute quant au diagnostic différentiel entre un érysipèle et une thrombose veineuse profonde.

Il n'y a pas lieu de pratiquer un traitement d'épreuve par un anticoagulant [59].

#### 1.3.4. Autres traitements adjuvants

Le traitement de la porte d'entrée est indispensable.

Un traitement local, antiseptique ou antibiotique, à visée étiologique sur les lésions cutanées n'a aucun intérêt ; l'application de topiques anti-inflammatoires non stéroïdiens est contre indiquée [37].

La prévention antitétanique et la remise à jour des vaccinations antitétaniques sont indispensables.

En cas de douleurs et de fièvre élevée ou mal tolérée, des antipyrétiques et antalgiques, comme le paracétamol, sont préférés aux anti-inflammatoires.

#### 1.3.5. Critères d'hospitalisation initiale ou secondaire

Dans l'étude de Jégou et Al., l'antibiothérapie débutée à domicile était majoritairement la pristinamycine [43] ; dans la série de Kopp à propos de la prise en charge des dermo-hypodermite par les médecins généralistes, c'était la pénicilline A [48].

L'antibiothérapie intraveineuse systématique imposait, donc, en pratique l'hospitalisation.

Désormais, de nombreux cas d'érysipèle sont traités à domicile et ne justifient plus l'hospitalisation systématique.

L'enquête de pratique réalisée lors de la conférence de consensus « Erysipèle et fasciite nécrosante » a montré que 74% des médecins généralistes estimaient hospitaliser moins de 50% des malades atteints d'érysipèle vus en ville et l'étude prospective menée dans le cadre de cette même conférence de consensus a montré que seuls 21% des malades vus par les médecins généralistes en ville étaient hospitalisés [7,48].

Une étude portant sur 167 patients réalisée par Noblesse et Al. a isolé des facteurs prédictifs d'une évolution potentiellement grave : âge élevé, antécédents d'hypertension artérielle, de diabète ou d'insuffisance cardiaque, longue durée d'évolution des symptômes avant l'hospitalisation et présence d'un ulcère de jambe. Il semble donc que les facteurs de gravité des érysipèles de jambe soient plus liés à une comorbidité associée qu'à une évolution locale défavorable [57].

Dans la littérature, les motifs d'hospitalisation les plus fréquemment retrouvés sont la présence de signes locaux et/ou généraux sévères et l'existence d'une maladie ou comorbidité associée dont le diabète, l'obésité, une immunodépression, l'alcoolisme, une maladie cardiovasculaire...[24,43,44,48].

La suspicion clinique de phlébite constitue un motif d'hospitalisation retrouvé dans plusieurs études [24,43,48].

Actuellement aucun critère d'hospitalisation initiale n'est réellement défini.

Le fait que la totalité des études rétrospectives ou prospectives réalisées sur l'érysipèle, au cours des 20 dernières années, soient presque toutes strictement hospitalières limite considérablement la portée de l'analyse de la littérature concernant les critères d'hospitalisation primaire ou secondaire des dermo-hypodermes bactériennes « médicales » dont l'érysipèle constitue la forme la plus fréquente, tout au moins en milieu hospitalier.

La littérature suggère donc, sans réel consensus, que les motifs principaux d'hospitalisation primaire sont [7] :

- La sévérité du tableau général : fièvre, altération de l'état général, confusion, agitation...
- La sévérité des signes locaux : bulles, purpura, nécrose, placard cutané étendu, localisation céphalique.
- Terrain débilité : jeune âge ou personne âgée, comorbidités associées (alcoolisme, diabète, obésité, affection cardiovasculaire).
- La nécessité d'un traitement par pénicilline intraveineuse.

Les critères d'hospitalisation secondaire sont l'échec avéré ou suspecté d'une antibiothérapie orale à domicile.

De véritables critères d'hospitalisation primaire ou secondaire restent à définir précisément, par des études adéquates menées aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

## **1.4. EVOLUTION, COMPLICATIONS**

### **1.4.1. Généralités**

Avant l'antibiothérapie, l'érysipèle évoluait spontanément vers la guérison en 1 à 3 semaines mais le taux de mortalité se situait autour de 12%.

L'avènement de la pénicilline a été responsable de la quasi disparition de la mortalité des érysipèles et l'antibiothérapie générale, qu'il s'agisse de la pénicilline [10], de la roxithromycine [10] ou de la pristinamycine [9,12], permet une évolution favorable dans 76 à 86% des cas.

Cependant, ces données concernant l'évolution médicale sous traitement et les complications des érysipèles ne sont disponibles qu'à partir de séries hospitalières et l'absence de données concernant la prise en charge en ambulatoire incite à interpréter ces résultats avec prudence [23].

Le placard érythémateux s'étend rapidement pour atteindre son maximum en 3 à 5 jours, persiste 8 à 15 jours puis disparaît ensuite en laissant une fine desquamation et, parfois, une pigmentation résiduelle [13,19,71].

Les signes locaux s'améliorent en 4 à 6 jours mais l'œdème, l'érythème et les douleurs sont souvent prolongés.

La fièvre s'abaisse en 24 à 48 heures et l'apyrexie précède souvent la disparition des signes locaux [15].

Dans les formes initialement bulleuses ou purpuriques, cette évolution peut être plus prolongée.

Les complications rapportées pour les érysipèles du visage sont exceptionnelles, ces derniers ne représentant qu'à peine 10% des malades atteints d'érysipèle [38].

Les thrombophlébites du sinus caverneux sont rares [44].

En revanche, des complications sont signalées au cours de l'érysipèle de jambes ; il s'agit de complications locales ou générales, précoces ou plus tardives.

#### 1.4.2. Complications locales

- Les abcès et/ou les nécroses : 3 à 12% selon les séries ; ils justifient un geste chirurgical limité, ponction, drainage, excision [15,19,23,34,44,68].

Ils doivent être évoqués devant tout retard de défervescence thermique, réapparition de la fièvre ou devant toute lésion cutanée douloureuse, suspecte, localisée sur la zone pathologique [13,44].

- Les fasciites nécrosantes streptococciques peuvent constituer des complications de l'érysipèle mais sont parfois de survenue primitive [23,34,44,50].

Les fasciites nécrosantes sont des dermo-hypodermes bactériennes nécrosantes et correspondent à des infections extensives des tissus sous-cutanés avec nécrose du tissu conjonctif et adipeux, de l'aponévrose superficielle et extension des lésions aux plans superficiels et parfois secondairement aux plans musculaires sous-jacents.

Elles seraient favorisées par les anti-inflammatoires non stéroïdiens, par un retard diagnostique et donc thérapeutique.

Précocement, les lésions peuvent être discrètes avec un œdème à peine rosé d'un segment de membre ou une discrète zone livide grisâtre ou un peu bleutée ; l'aggravation et l'extension des signes cutanés sont rapides, caractérisées par l'apparition d'une douleur locale intense (aggravation des douleurs de l'érysipèle), d'une coloration bleuâtre ou cyanique des téguments, d'un décollement bulleux, de lésions nécrotiques, cartonnées et parfois de crépitations ou de bulles hémorragiques avec un aspect purpurique.

Une hypoesthésie cutanée, un déficit musculaire et une odeur putride des exsudats se surajoutent parfois.

Les signes généraux sont fréquents ; la fièvre est habituelle et fréquemment élevée autour de 39°-40°C mais loin d'être systématique ; il peut exister des troubles digestifs avec vomissements et diarrhée et, au maximum, des signes de sepsis sévère avec polypnée, confusion, agitation, tachycardie dissociée de la température, oligurie voire état de choc et défaillance multi-viscérale.

Le pronostic vital d'un patient atteint d'une fasciite nécrosante est engagé.

Il s'agit d'une urgence thérapeutique ; il faut hospitaliser, rechercher et corriger les défaillances viscérales.

Le débridement chirurgical est réalisé dès que possible de même que la mise en route d'une antibiothérapie parentérale à large spectre ; on réalise des prélèvements bactériologiques à la recherche du germe [3,44].

- Un abcès rétropharyngé, une obstruction des voies aériennes supérieures, une médiastinite, un épanchement pleural et péricardique peuvent exceptionnellement compliquer un érysipèle de la face [16,38].

- Les thromboses veineuses profondes sont rares, environ 0,7 à 4,9% selon les séries et concernent essentiellement des malades avec des facteurs de risque thromboemboliques préexistants [11,37,44].

- Les lymphangites.

#### 1.4.3. Complications générales

Les complications générales sont rares [23,37].

- La mortalité est inférieure à 0,5% et souvent liée aux comorbidités associées [7,19,23,44].

- Les bactériémies représentent 2 à 5% des complications [1,23,44,68].

- Très peu de localisations septiques hématogènes secondaires sont rapportées dans la littérature (endocardite [19], ostéomyélite [22,44]).

- Les complications ostéoarticulaires sont rares à type d'arthrites septiques, d'ostéites, de bursites ou d'infections musculo-tendineuses ; il a aussi été noté des cas d'algodystrophie [22,50].

- Des cas de toxidermie à la pénicilline sont signalés dans près de 5 % des séries [23].

- Des décompensations de tares sont possibles (alcoolisme, diabète, insuffisance rénale ou cardiaque...) [19,24,34,50].

- Très rares cas de néphrites interstitielles aiguës. Le diagnostic est confirmé par la biopsie rénale [23].

- Il en est de même pour la glomérulonéphrite post streptococcique, rare, [15,68], mais qui justifie la recherche d'une protéinurie à la bandelette après 15 jours d'évolution [1,19,34].

- Les complications du décubitus.

#### 1.4.4. Les complications tardives

- Elles sont dominées par les récives : 7 à 27% selon les séries [5,15,19,23,34,50,52,62].

Les facteurs prédictifs de récive sont la persistance de la porte d'entrée ou d'un œdème, la responsabilité d'un germe autre que le streptocoque du groupe A bêta hémolytique, un retard diagnostic et donc thérapeutique, une posologie ou une durée insuffisante du traitement [23].

L'augmentation du risque de récive persiste longtemps après une première poussée, il est estimé à 12% les 6 premiers mois puis 29% les 3 années suivantes [44,45,46].

- La constitution ou l'aggravation d'un lymphœdème favorisant lui aussi les récurrences et constituant un véritable cercle vicieux [5,13].
- Persistance de micro kystes séquellaires [23].
- Apparition d'un carcinome basocellulaire sur le membre atteint [23].

## **1.5. PREVENTIONS PRIMAIRE ET SECONDAIRE**

La survenue d'un érysipèle est favorisée par des facteurs locaux, régionaux et généraux. La nécessité d'une prévention aussi bien primaire que secondaire est recommandée par tous les auteurs même si il n'existe aucune étude qui fasse état d'une éventuelle efficacité ou utilité d'une prévention primaire de l'érysipèle.

### **1.5.1. Prévention primaire**

La mise en évidence de facteurs de risque qui pourraient favoriser la survenue d'un érysipèle, permet d'imaginer qu'une prévention primaire reposant sur le contrôle des facteurs locaux et généraux puisse réduire la survenue d'un érysipèle.

Il s'agit, par exemple, de la prise en charge adaptée d'une stase veineuse ou lymphatique, du traitement précoce des intertrigos inter-orteils, des plaies et ulcères cutanés quelle qu'en soit leur origine, du maintien équilibré d'un diabète [15,55].

Il s'agira aussi d'attacher une attention particulière à l'existence de facteurs locaux favorisants et au traitement précoce de toute excoriation même minime chez des patients dont le terrain est plus favorable à la survenue d'un érysipèle : mauvais état général, obésité, diabète, artérite, éthylisme chronique, traitement immunodépresseur, chirurgie prothétique articulaire de membre, sphénectomie, radiothérapie, lymphadénectomie...[15]

### **1.5.2. Prévention secondaire**

La prévention secondaire des récurrences est quant à elle admise.

Les récurrences d'érysipèle surviennent chez 20% des malades ; elles sont souvent multiples pour un même malade et sont favorisées par la persistance ou la récurrence des facteurs qui ont favorisé la survenue du premier épisode.

La prévention des récurrences doit être mise en œuvre dès le premier épisode.

Elle repose sur [5] :

- le traitement adéquat de l'épisode initial : antibiothérapie, posologies et durée adaptées du traitement,
- une action sur les facteurs locaux et généraux favorisants,
- le traitement systématique des portes d'entrée potentielles,
- parfois, sur une antibioprofylaxie.

Il est prouvé qu'un traitement insuffisant de la première poussée, en particulier en durée, ou qu'un traitement trop tardif sont des facteurs de récurrence identifiés.

A l'inverse, certaines observations signalent qu'une antibiothérapie trop précoce pourrait favoriser les récurrences en retardant le développement d'une réponse immunitaire spécifique.

De même, dans certaines séries, il aurait été montré que l'utilisation de la voie orale serait suivie de plus de récurrences que l'antibiothérapie parentérale sans que l'on puisse réellement conclure en l'absence d'étude prospective avec un suivi à long terme [63].

Enfin, il a été suggéré que la prescription d'un macrolide, antibiotique bactériostatique, exposerait plus au risque de récurrences.

Le rôle fondamental attribué aux atteintes vasculaires périphériques et à l'œdème invite à une prise en charge rigoureuse de ces états pathologiques, malheureusement, les possibilités thérapeutiques en sont limitées. Le traitement de l'œdème quelle qu'en soit la cause, insuffisance veineuse ou lymphatique, insuffisance cardiaque..., doit être mis en œuvre.

La lutte contre la stase veineuse passe par la surélévation des membres inférieurs, par la contention élastique et la poursuite d'une activité physique si possible.

La prise en charge d'un lymphœdème est difficile avec possibilité de physiothérapie combinée, de drainage lymphatique ou compression pneumatique, de bandages multicouches avec bandes non élastiques...[33,56].

La recherche et le traitement de la porte d'entrée sont fondamentaux dans la prise en charge de l'érysipèle.

Enfin, la prévention secondaire des récurrences de l'érysipèle repose, parfois, sur la prescription d'une antibiothérapie au long cours, d'autant plus qu'il s'agit de malades ayant déjà fait plusieurs récurrences ou chez qui les facteurs favorisants sont difficilement contrôlables.

Les modalités d'utilisation, antibiothérapie, posologies, voies d'administration, durée du traitement et malades concernés, sont cependant encore floues même si la majorité des études semblent s'accorder.

Trois antibiotiques sont proposés pour la prévention secondaire :

- Soit la pénicilline V à la posologie de 2 à 4 millions d'unités par jour en deux prises orales quotidiennes.
- Soit la benzathine-pénicilline G, par voie intramusculaire, à la posologie de 2,4 millions d'unités toutes les trois semaines ; cette deuxième modalité est probablement le garant d'une bonne observance.
- Soit, en cas d'allergie à la pénicilline, un macrolide par voie orale, par exemple l'érythromycine à la posologie de 250 à 500 milligrammes deux fois par jour [4,30,49].

Dans la majorité des observations, l'effet de la prévention secondaire par antibiothérapie semble suspensif et des récurrences réapparaissent en règle générale après son interruption.

Il convient donc de discuter d'un traitement, ininterrompu et définitif, uniquement chez les malades avec facteurs de risque majeurs, récurrences fréquentes et invalidantes, ou ayant une porte d'entrée non éradicable [18,24,30,31,32,37,45,49,58,66].

L'indication d'une prévention antibiotique au long cours doit également, du fait des contraintes qu'elle induit, prise quotidienne de l'antibiotique, injections intramusculaires à répétition, tenir compte de la motivation du patient.

Une prévention des récurrences par un vaccin antistreptococcique a été proposée par certains auteurs ; ce vaccin « pourrait » être proposé comme alternative pour la prévention des récurrences d'érysipèle, en particulier chez des malades ayant des facteurs de risque.

Un tel vaccin n'est actuellement pas disponible en France [4].

## **II – ETUDE : MATERIEL ET METHODE**

L'objectif de cette étude est d'étudier la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée puis de comparer les résultats obtenus aux recommandations préconisées par la dernière conférence de consensus sur l'érysipèle, de janvier 2000.

### **2.1. MATERIEL ET METHODE DE RECUEIL DES DONNEES**

Il s'agit d'une étude originale, rétrospective et descriptive à propos de 460 patients de Loire Atlantique et Vendée atteints d'érysipèle et traités initialement en ambulatoire.

Le recueil des données s'est fait à partir d'un questionnaire, reproduit en annexe 1, adressé le 24 octobre 2003, aux 1696 médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée, soit 1168 praticiens en Loire Atlantique et 528 praticiens en Vendée.

Ce questionnaire était accompagné d'un courrier explicatif (annexe 2) ainsi que d'une enveloppe T pour le retour des réponses.

La validité des enveloppes T initialement prévue un mois a été prolongée jusqu'au 24 décembre 2003 étant donnée la persistance et l'étalement des réponses. Les questionnaires renvoyés par courrier simple à l'adresse indiquée ont aussi été pris en compte.

Chaque questionnaire correspond à la prise en charge, par chaque médecin généraliste, du dernier patient atteint d'érysipèle.

### **2.2. LA POPULATION ETUDIEE**

#### **2.2.1. Critères d'inclusion**

Sont éligibles pour cette étude, tous les patients :

- sans limitation d'âge minimal ou maximal
- sans distinction de sexe
- sans distinction ethnique
- pris en charge par un médecin généraliste libéral
- dont le diagnostic de la pathologie présentée était celui d'érysipèle
- correspondant au dernier cas d'érysipèle pris en charge par le praticien
- quelle que soit la date du diagnostic

Sont éligibles pour cette étude, tous les questionnaires :

- reçus avant le 11 mars 2004

#### **2.2.2. Critères d'exclusion**

Ne sont pas éligibles pour cette étude :

- tous les questionnaires reçus après le 11 mars 2004
- tous les questionnaires adressés à des médecins généralistes libéraux exerçant une activité autre que la médecine générale et ne traitant pas directement de cas d'érysipèle : acupuncteurs, allergologues, nutritionnistes, médecins scolaires, angiologues, médecins du sport, médecins de l'éducation nationale...
- tous les questionnaires adressés par erreur à des praticiens n'exerçant pas la médecine générale

- tous les patients examinés directement dans un service d'urgences sans consultation préalable auprès d'un médecin généraliste libéral
- tous les patients avec érysipèle pris en charge par des médecins spécialistes

Cette enquête a été adressée à 1696 praticiens, 490 réponses ont été obtenues avec, parmi celles-ci, 30 inexploitable :

en Loire Atlantique :

- 5 praticiens ayant reçu le questionnaire n'exercent pas la médecine générale mais pratiquent exclusivement de l'échographie.
- parmi les autres questionnaires retournés non complétés :
  - 4 médecins exercent exclusivement l'allergologie,
  - 2 l'acupuncture,
  - 1 l'homéopathie et l'acupuncture,
  - 1 l'angiologie,
  - 1 la médecine scolaire,
  - 1 la médecine du sport,
  - 2 sont nutritionnistes,
  - 1 est médecin de l'éducation nationale,
  - 2 n'exercent plus la médecine générale mais ne précisent pas leur exercice actuel,
  - 4 ont renvoyé leur questionnaire vierge d'informations en s'excusant de ne pas avoir rencontré de patient atteint d'érysipèle depuis plus d'un an.

en Vendée :

- 1 praticien vendéen est en retraite depuis peu et nous a renvoyé un questionnaire sans informations.
- 5 médecins généralistes vendéens ont renvoyé leur questionnaire vierge d'information:
  - 1 exerce l'acupuncture et l'homéopathie,
  - 1 l'homéopathie,
  - 1 l'angiologie,
  - 1 la médecine scolaire,
  - 1 n'a plus accès à ses dossiers du fait de problèmes informatiques.

### **2.3. LES DONNEES ETUDIEES**

Pour chaque patient inclus, les critères étudiés sont :

- la date approximative du diagnostic de l'érysipèle
- les données démographiques du patient : sexe, âge
- les antécédents d'érysipèle
- la localisation de l'érysipèle
- les signes généraux (fièvre, frissons)
- les signes locaux (bulles, purpura pétéchial)
- les facteurs de risque d'érysipèle
- la ou les portes d'entrée retrouvées
- les examens complémentaires
- les décisions thérapeutiques (traitement à domicile ou hospitalisation, antibiothérapie, traitement anticoagulant, traitement local sur l'érysipèle, traitement de la porte d'entrée, anti-inflammatoire)
- l'évolution
- la durée de l'épisode

## **2.4. SAISIE DES DONNEES ET METHODES STATISTIQUES**

Les données statistiques ont été saisies dans le tableau Windows Excel, les statistiques et extractions ont été faites à partir de tableaux croisés dynamiques et en utilisant les fonctions mathématiques Excel.

Les comparaisons de pourcentages et des variables qualitatives ont été réalisées à l'aide de tests de Chi-Deux, avec correction de Yates si nécessaire, et une limite de significativité à  $p=0,05$ .

Les comparaisons moyennes des variables quantitatives ont été réalisés par des tests de Wilcoxon (tests non paramétriques de comparaison de moyenne).

L'analyse des questions concernant les demandes d'examens complémentaires ainsi que la prise en charge thérapeutique n'a été réalisée qu'à partir des 379 questionnaires dont les patients ont exclusivement été traités à domicile.

### III. RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES

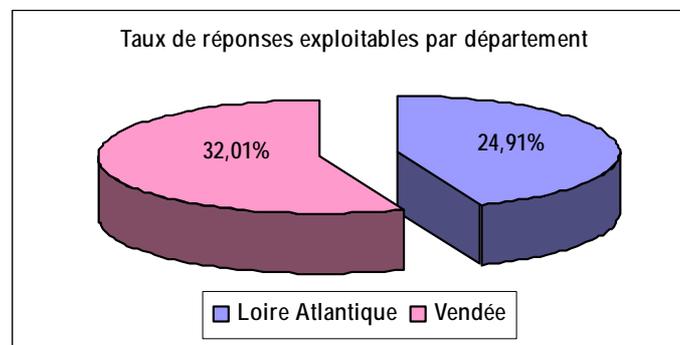
#### 3.1. GENERALITES

Un questionnaire a été adressé à tous les médecins généralistes (1696 praticiens) de Loire Atlantique et Vendée par courrier postal : 1168 envois en Loire Atlantique et 528 envois en Vendée.

Nous avons reçu 490 réponses (28,89%) au total, soit un taux de réponse de 26,97% (n=315 questionnaires) pour les praticiens de Loire Atlantique et 33,14% (n=175) pour les praticiens Vendéens.

Sur les 490 retours, 460 réponses sont exploitables :

- 291 questionnaires provenant de médecins de Loire Atlantique.
- 169 questionnaires adressées par les médecins vendéens.



Le pourcentage de retours exploitables est supérieur en Vendée puisque 32,24% (n=169/528) des médecins généralistes de Vendée ont répondu à cette étude contre seulement 24,91% (n=291/1168) des praticiens de Loire Atlantique.

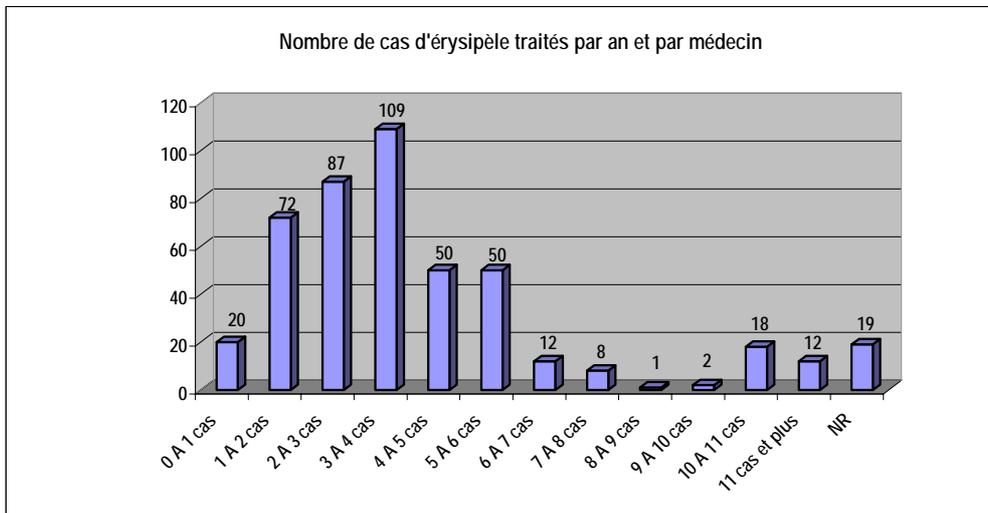
#### Répartition des effectifs par département

Département	Effectif	Pourcentage
Loire Atlantique	291	63,26%
Vendée	169	36,74%
Total	460	100,00%

La répartition des effectifs est cependant en faveur de la Loire Atlantique avec 291 patients, soit 63,26% (n=291/460) des malades de l'échantillon étudié, contre 169 patients en Vendée.

### 3.2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

#### 3.2.1. Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an et par médecin



NB : Dans tous les graphiques et tableaux de cette étude, « NR » correspond aux réponses non interprétables ou absentes.

En moyenne, les praticiens de cette étude sont confrontés à 4 cas d'érysipèle par an.

Presque 24% des praticiens interrogés, (23,70%, n=109/460), prennent en charge entre 3 et 4 cas d'érysipèle par an ;

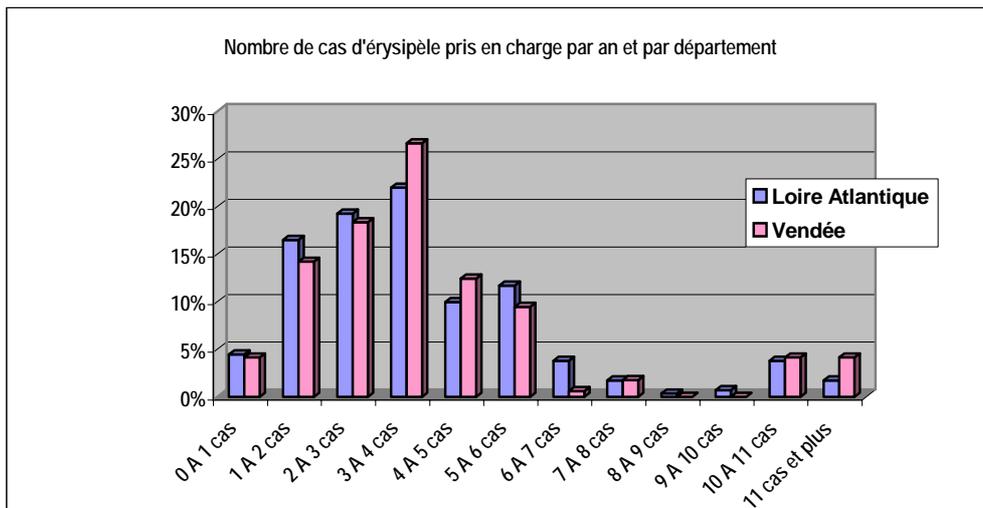
15,65% (n=72/460) diagnostiquent 1 à 2 cas d'érysipèle par an et 18,91% (n=87/460) voient 2 à 3 cas par an ;

6,52% (n=30/460) des praticiens prennent en charge plus de dix cas d'érysipèle par an ;

4,35% (n=20/460) des médecins généralistes ne sont confrontés à cette pathologie que moins d'une fois par an.

#### 3.2.2. Nombre de cas d'érysipèle pris en charge par an, par médecin et par département

	Loire Atlantique		Vendée	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 A 1 cas	13	4,47%	7	4,14%
1 A 2 cas	48	16,49%	24	14,20%
2 A 3 cas	56	19,24%	31	18,34%
3 A 4 cas	64	21,99%	45	26,63%
4 A 5 cas	29	9,97%	21	12,43%
5 A 6 cas	34	11,68%	16	9,47%
6 A 7 cas	11	3,78%	1	0,59%
7 A 8 cas	5	1,72%	3	1,78%
8 A 9 cas	1	0,34%	0	0,00%
9 A 10 cas	2	0,69%	0	0,00%
10 A 11 cas	11	3,78%	7	4,14%
11 cas et plus	5	1,72%	7	4,14%
NR	12	4,12%	7	4,14%
Total	291	100,00%	169	100,00%



Avec 41,24% (n=120/291) des médecins de Loire Atlantique et 44,97% (n=76/169) des médecins vendéens, on constate que plus de 40% des généralistes prennent en charge entre 2 et 4 cas d'érysipèle par an (p=0,426) ;

18,91% des praticiens sont confrontés à 2 à 3 cas par an et 23,69% en diagnostiquent 3 à 4 par an.

Plus de 4% des praticiens Vendéens (4,14%, n=7/169) et 1,72% des médecins (n=5/291) de Loire Atlantique déclarent prendre en charge plus de 11 cas d'érysipèle par an, (p=0,116).

4,47% (n=13/291) des médecins de Loire Atlantique et 4,14% (n=7/169) en Vendée voient moins de 1 cas par an.

Le nombre de cas d'érysipèle diagnostiqués par an et par médecin n'est pas significativement différent (p>0,05) entre les deux départements.

### 3.2.3. Répartition des dates de diagnostic des érysipèles

#### 3.2.3.1. Répartition des dates de diagnostic des érysipèles par année

Année du diagnostic	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1990	1	0,34%	0	0,00%	1	0,22%
1994	1	0,34%	0	0,00%	1	0,22%
1996	1	0,34%	0	0,00%	1	0,22%
1998	1	0,34%	0	0,00%	1	0,22%
1999	1	0,34%	1	0,59%	2	0,43%
2000	3	1,03%	0	0,00%	3	0,65%
2001	4	1,37%	0	0,00%	4	0,87%
2002	11	3,78%	8	4,73%	19	4,13%
2003	243	83,51%	148	87,57%	391	85,00%
2004	0	0,00%	1	0,59%	1	0,22%
NR	25	8,59%	11	6,51%	36	7,83%
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100%</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>	<b>460</b>	<b>100%</b>

Les cas d'érysipèle relatés dans cette étude s'échelonnent entre 1990 et 2004 ; 36 praticiens n'ont pas précisé la date du diagnostic de l'érysipèle traité.

85% (n=391/460) des cas d'érysipèle rapportés dans cette étude, ont été pris en charge au cours de l'année 2003.

### 3.2.3.2. Répartition des dates de diagnostic des érysipèles par mois

Mois du diagnostic	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Janvier	4	1,37%	2	1,18%	6	1,30%
Février	4	1,37%	6	3,55%	10	2,17%
Mars	12	4,12%	4	2,37%	16	3,48%
Avril	8	2,75%	2	1,18%	10	2,17%
Mai	13	4,47%	8	4,73%	21	4,57%
Juin	27	9,28%	15	8,88%	42	9,13%
Juillet	20	6,87%	17	10,06%	37	8,04%
Août	33	11,34%	29	17,16%	62	13,48%
Septembre	58	19,93%	34	20,12%	92	20,00%
Octobre	72	24,74%	31	18,34%	103	22,39%
Novembre	5	1,72%	5	2,96%	10	2,17%
Décembre	5	1,72%	3	1,78%	8	1,74%
NR	30	10,31%	13	7,69%	43	9,35%
Total	291	100,00%	169	100,00%	460	100,00%

Le nombre de cas d'érysipèle augmente entre les mois de juillet et octobre.

En Loire Atlantique, le nombre de cas d'érysipèle pris en charge est supérieur au mois d'octobre, avec 22,39% des cas d'érysipèle diagnostiqués.

En Vendée, c'est au mois de septembre que le nombre de malades est prédominant avec 20,12% des cas d'érysipèle.

Le nombre de cas d'érysipèle est statistiquement supérieur ( $p < 0,0001$ ) en automne (septembre et octobre).

Le mois de survenue de l'épisode d'érysipèle n'est pas précisé dans 43 questionnaires.

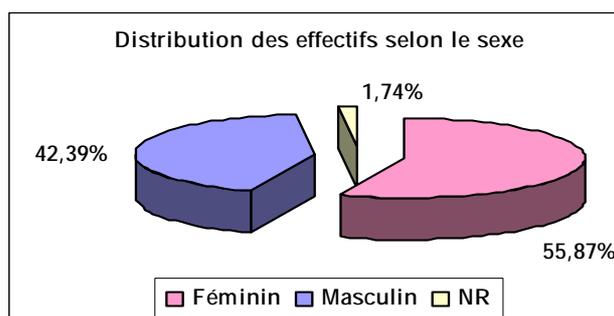
Ces données ne sont en fait pas exploitables. En effet, les questionnaires ont été adressés en octobre 2003 et les praticiens décrivent le dernier cas d'érysipèle pris en charge ; il semble donc logique que la date de l'épisode d'érysipèle relaté soit proche de celle de la date d'envoi.

## 3.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

### 3.3.1. Sexe des patients

#### 3.3.1.1. Distribution des effectifs selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	257	55,87%
Masculin	195	42,39%
NR	8	1,74%
Total	460	100,00%



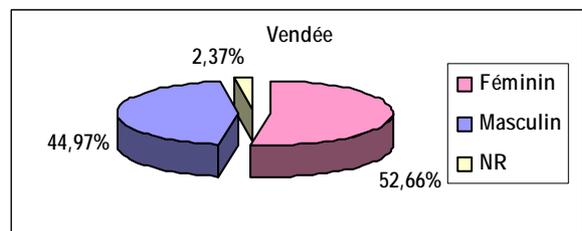
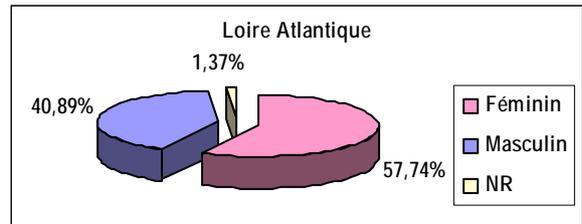
Plus de la moitié des patients de cette étude sont des femmes 55,87%, (n=257/460) et 42,39% (n=195/460) des hommes.

Huit questionnaires (1,74%) ne comportent pas de réponses à cette question.

Le sex ratio est de 1,32 avec une surreprésentation significative ( $p < 0,0001$ ) des femmes par rapport aux hommes.

### 3.3.1.2. Distribution des effectifs selon le sexe et le département

Département	Sexe	Effectif	Pourcentage
Loire Atlantique	Féminin	168	57,73%
	Masculin	119	40,89%
	NR	4	1,37%
Total Loire Atlantique		291	100,00%
Vendée	Féminin	89	52,66%
	Masculin	76	44,97%
	NR	4	2,37%
Total Vendée		169	100,00%



En Loire Atlantique, 57,73% des malades (n=168/291) sont des femmes et 40,89% (n=119/291) des hommes.

Quatre médecins (1,37%) non pas répondu à cette question.

Le sex ratio est de 1,41 avec une proportion de femmes statistiquement ( $p < 0,0001$ ) supérieure.

En Vendée, 52,66% des patients (n=89/169) sont des femmes et 44,97% (n=76/169) des hommes.

Quatre médecins généralistes vendéens (2,37%) n'ont pas complété cet item.

Le ratio femmes/hommes, égal à 1,17, est moindre qu'en Loire Atlantique avec une répartition femmes/hommes statistiquement ( $p = 0,152$ ) non différente.

### 3.3.2. Age des patients

#### 3.3.2.1. Distribution des effectifs selon l'âge des patients

La moyenne d'âge des patients tous départements et sexes confondus est de 64,5 +/- 16,35 ans (minimum : 3 ans, maximum : 96 ans, médiane : 68 ans).

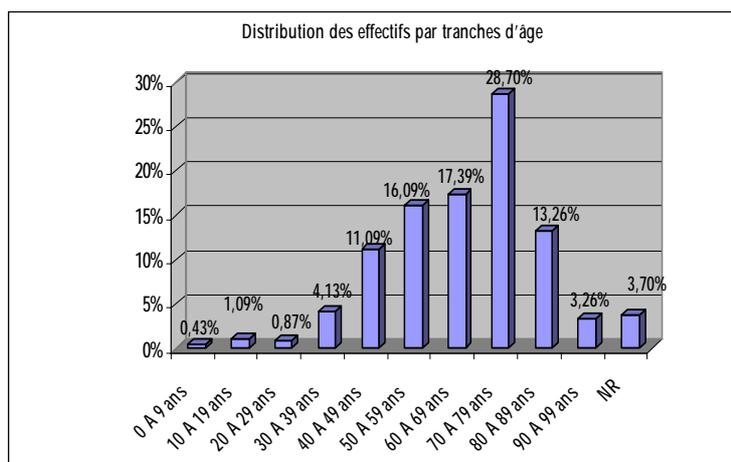
Le regroupement par tranches d'âge de 10 ans montre que les patients âgés de 70 à 79 ans (n=132/460, 28,70%) sont les plus fréquemment touchés.

Il n'existe cependant pas de tranches d'âge significativement ( $p > 0,05$ ) prédominante.

L'âge du patient n'est pas précisé dans 17 questionnaires.

### Distribution des effectifs par tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
0 A 9 ans	2	0,43%
10 A 19 ans	5	1,09%
20 A 29 ans	4	0,87%
30 A 39 ans	19	4,13%
40 A 49 ans	51	11,09%
50 A 59 ans	74	16,09%
60 A 69 ans	80	17,39%
70 A 79 ans	132	28,70%
80 A 89 ans	61	13,26%
90 A 99 ans	15	3,26%
NR	17	3,70%
Total	460	100,00%



La diminution du nombre des cas d'érysipèle rencontrés à partir de 80 ans s'explique très probablement par une diminution, dans la population générale, de l'effectif des personnes âgées du fait d'un taux de mortalité croissant.

#### 3.3.2.2. Distribution des effectifs selon l'âge et le département

En Loire Atlantique, la moyenne d'âge est de 64,62 +/- 16,78 ans (minimum : 3ans, maximum : 96 ans, médiane : 68 ans).

Dix questionnaires n'ont pas de réponse à cette question.

En Vendée, la moyenne d'âge est de 64,29 +/- 15,63 ans (minimum : 10 ans, maximum : 92 ans, médiane : 68 ans).

Sept questionnaires n'ont pas de réponse à cette question.

#### Distribution des effectifs par tranches d'âge et par département

Département	Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
Loire Atlantique	0 A 9 ans	2	0,69%
	10 A 19 ans	2	0,69%
	20 A 29 ans	1	0,34%
	30 A 39 ans	16	5,50%
	40 A 49 ans	33	11,34%
	50 A 59 ans	45	15,46%
	60 A 69 ans	51	17,53%
	70 A 79 ans	78	26,80%
	80 A 89 ans	40	13,75%
	90 A 99 ans	13	4,47%
	NR	10	3,44%
Total Loire Atlantique		291	100,00%

Département	Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
Vendée	0 A 9 ans	0	0,00%
	10 A 19 ans	3	1,78%
	20 A 29 ans	3	1,78%
	30 A 39 ans	3	1,78%
	40 A 49 ans	18	10,65%
	50 A 59 ans	29	17,16%
	60 A 69 ans	29	17,16%
	70 A 79 ans	54	31,95%
	80 A 89 ans	21	12,43%
	90 A 99 ans	2	1,18%
	NR	7	4,14%
Total Vendée		169	100,00%

L'analyse des chiffres département par département confirme la tendance observée ci-dessus puisque 26,80% (n=78/291) des patients de Loire Atlantique et 31,95% (n=54/169) des patients vendéens atteints d'érysipèle ont entre 70 et 79 ans.

Au contraire 1,38% (n=4/291) des patients concernés en Loire Atlantique et 1,78% (n=3/169) des patients traités en Vendée ont moins de 20 ans.

Une nette augmentation de la fréquence des érysipèles est visible à partir de 40 ans.

Il n'y a pas de différence significative ( $p > 0,05$ ) entre les deux départements quant à la répartition des effectifs par tranches d'âge.

### 3.3.2.3. Distribution des effectifs selon l'âge et le sexe

La moyenne d'âge des femmes est de 69,02 +/- 14,45 ans (minimum : 3 ans, maximum : 96 ans, médiane : 72 ans).

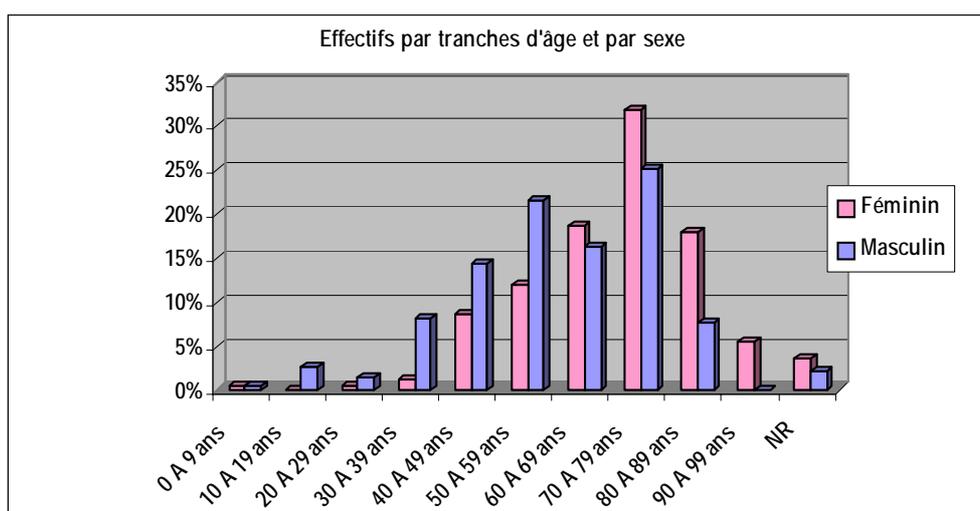
La moyenne d'âge des hommes est de 58,61 +/- 16,80 ans (minimum : 7 ans, maximum: 89 ans, médiane : 60 ans).

Le sexe du patient n'est pas précisé dans 4 questionnaires.

#### Distribution des effectifs par tranches d'âge et par sexe

Département	Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
Féminin	0 A 9 ans	1	0,39%
	10 A 19 ans	0	0,00%
	20 A 29 ans	1	0,39%
	30 A 39 ans	3	1,17%
	40 A 49 ans	22	8,56%
	50 A 59 ans	31	12,06%
	60 A 69 ans	48	18,68%
	70 A 79 ans	82	31,91%
	80 A 89 ans	46	17,90%
	90 A 99 ans	14	5,45%
	NR	9	3,50%
<b>Total Féminin</b>		<b>257</b>	<b>100,00%</b>

Département	Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
Masculin	0 A 9 ans	1	0,51%
	10 A 19 ans	5	2,56%
	20 A 29 ans	3	1,54%
	30 A 39 ans	16	8,21%
	40 A 49 ans	28	14,36%
	50 A 59 ans	42	21,54%
	60 A 69 ans	32	16,41%
	70 A 79 ans	49	25,13%
	80 A 89 ans	15	7,69%
	90 A 99 ans	0	0,00%
	NR	4	2,05%
<b>Total Masculin</b>		<b>195</b>	<b>100,00%</b>



Le regroupement des effectifs par tranches d'âge de 10 ans et par sexe montre chez les hommes, une augmentation globale des effectifs de 30 à 60 ans suivie d'une diminution pour la tranche 60 à 69 ans puis d'une nouvelle croissance des chiffres avec un maximum d'érysipèles entre 70-79 ans.

Chez les femmes, une patiente est âgée de moins de 10 ans ; on note ensuite, à partir de 20 ans, une augmentation des effectifs jusqu'à la tranche d'âge 70 à 79 ans où le nombre de malades devient maximal.

La décroissance des effectifs dans les deux sexes à partir de 80 ans correspond à la tendance observée dans la population générale où le taux de mortalité est supérieur.

Jusqu'à la tranche d'âge 50 à 59 ans, les hommes sont significativement ( $p < 0,0001$ ) plus souvent touchés que les femmes ; à partir de 60 ans, la tendance s'inverse avec une prédominance ( $p < 0,0001$ ) féminine.

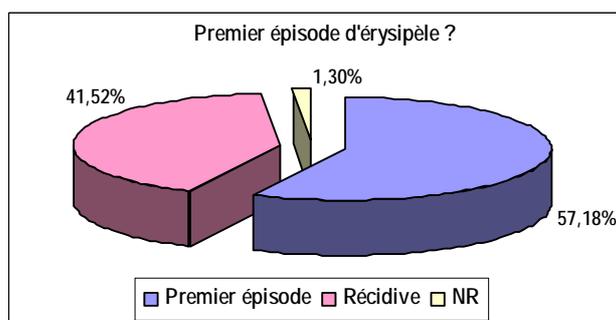
### **3.4. ANTECEDENTS D'ERYSIPELE**

#### 3.4.1. Premier épisode d'érysipèle/récidive ?

##### 3.4.1.1. Généralités

Répartition des premiers épisodes d'érysipèle et des récidives

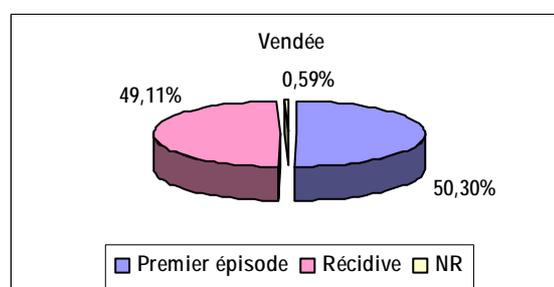
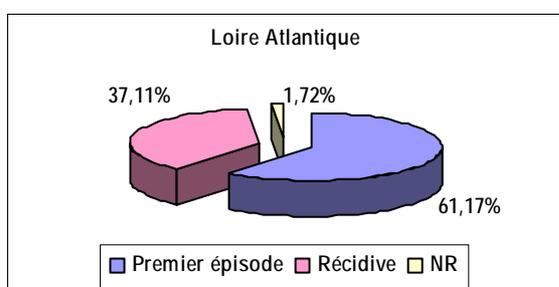
	Effectif	Pourcentage
Premier épisode	263	57,18%
Récidive	191	41,52%
NR	6	1,30%
Total	460	100,00%



Il s'agit du premier épisode d'érysipèle pour 57,18% ( $n=263/460$ ) des patients ; 41,52% ( $n=191/460$ ) des malades ont, quant à eux, déjà au moins un antécédent d'érysipèle. Cet item n'est pas complété pour 6 malades de cette étude.

Dans cet échantillon, la survenue du premier cas d'érysipèle n'est statistiquement pas différente ( $p > 0,05$ ) entre les hommes et les femmes.

##### 3.4.1.2. Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par département



Il s'agit du premier épisode pour 61,17% ( $n=178/291$ ) des patients de Loire Atlantique contre 50,30% ( $n=85/169$ ) des patients en Vendée.

Il s'agit au contraire d'une récurrence pour 49,11% (n=83/169) des patients vendéens contre 37,11% (n=108/291) en Loire Atlantique.

Cinq praticiens n'ont pas répondu à cette question en Loire Atlantique et un médecin en Vendée.

Dans cet échantillon, le pourcentage de patients qui récidivent est significativement ( $p=0,0152$ ) plus élevé en Vendée qu'en Loire Atlantique.

### 3.4.1.3. Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par tranches d'âge

Tranches d'âge	Premier épisode	Récidive	NR
0 A 9 ans	100,00%	0%	0%
10 A 19 ans	40,00%	60,00%	0%
20 A 29 ans	75,00%	25,00%	0%
30 A 39 ans	78,95%	21,05%	0%
40 A 49 ans	66,67%	33,33%	0%
50 A 59 ans	54,05%	43,24%	2,70%
60 A 69 ans	53,75%	46,25%	0%
70 A 79 ans	50,00%	47,73%	2,27%
80 A 89 ans	67,21%	32,79%	0%
90 A 99 ans	60,00%	40,00%	0%
NR	47,06%	47,06%	5,88%
Total	57,17%	41,52%	1,30%

Pour toutes les tranches d'âge, hormis celle de 10 à 19 ans (1,09% des patients), il s'agit dans plus de 50% des cas du premier épisode d'érysipèle, le premier épisode survenant le plus souvent entre 70 et 79 ans.

Le taux de patients qui récidivent augmente, quant à lui, considérablement entre 50 et 79 ans où plus de 43% des patients ont déjà au moins un antécédent d'érysipèle.

### 3.4.1.4. Répartition des premiers épisodes d'érysipèle par département et par tranches d'âge

Département	Tranches d'âge	Pourcentage
Loire Atlantique	0 A 9 ans	1,12%
	10 A 19 ans	0,56%
	20 A 29 ans	0,56%
	30 A 39 ans	7,30%
	40 A 49 ans	12,36%
	50 A 59 ans	15,73%
	60 A 69 ans	16,85%
	70 A 79 ans	22,47%
	80 A 89 ans	16,29%
	90 A 99 ans	3,93%
	NR	2,81%

Département	Tranches d'âge	Pourcentage
Vendée	0 A 9 ans	0,00%
	10 A 19 ans	1,18%
	20 A 29 ans	2,35%
	30 A 39 ans	2,35%
	40 A 49 ans	14,12%
	50 A 59 ans	14,12%
	60 A 69 ans	15,29%
	70 A 79 ans	30,59%
	80 A 89 ans	14,12%
	90 A 99 ans	2,35%
	NR	3,53%

On constate qu'il n'existe pas de différence significative ( $p>0,05$ ) entre les deux départements lorsque l'on répartit les premiers cas et les récurrences d'érysipèle par tranches d'âge.

### 3.4.2. Antécédents d'érysipèle

#### 3.4.2.1. Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par malade

Nombre d'antécédents	Effectif	Pourcentage
1	51	26,70%
2	54	28,27%
3	41	21,47%
4	13	6,81%
5	6	3,14%
6	2	1,05%
7	1	0,52%
9	1	0,52%
10	6	3,14%
NR	16	8,38%
Total	191	100,00%

191/460 patients (41,52%) ont déjà au moins 1 antécédent d'érysipèle ;

76,44% (n=146/191) ont entre 1 et 3 antécédents :

- 26,70% (n=51/191) des patients ont 1 antécédent d'érysipèle,

- 28,27% (n=54/191) des patients ont 2 antécédents d'érysipèle,

- 21,47% (n=41/191) des patients ont 3 antécédents d'érysipèle.

15,18% des patients ont plus de 3 antécédents, dont 6 patients (3,14%) avec 10 antécédents d'érysipèle.

Le nombre d'antécédents n'est pas précisé pour 8,38% des patients qui récidivent (n=16/191).

#### 3.4.2.2. Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par malade et par département

Nombre d'antécédents	Loire Atlantique		Vendée	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1	30	27,78%	21	25,30%
2	29	26,85%	25	30,12%
3	25	23,15%	16	19,28%
4	8	7,41%	5	6,02%
5	3	2,78%	3	3,61%
6	1	0,93%	1	1,20%
7	1	0,93%	0	0,00%
9	0	0,00%	1	1,20%
10	4	3,70%	2	2,41%
NR	7	6,48%	9	10,84%
Total	108	100,00%	83	100,00%

En Loire Atlantique, 37,11% (n=108/291) des patients ont déjà au moins 1 antécédent d'érysipèle et, parmi ces patients :

- 27,78% (n=30/108) ont 1 antécédent d'érysipèle,

- 26,78% (n=29/108) ont 2 antécédents d'érysipèle,

- 23,15% (n=25/108) ont 3 antécédents d'érysipèle.

- 15,74% (n=17/108) ont plus de 3 antécédents dont 3,70% (n=4/108) avec 10 antécédents.

En Vendée, il s'agit d'une récurrence d'érysipèle pour 49,11% (n=83/169) des patients :

- 25,30% (n=21/83) ont 1 antécédent d'érysipèle,
- 30,12% (n=25/83) ont 2 antécédents d'érysipèle,
- 19,28% (n=16/83) ont 3 antécédents d'érysipèle.
- 14,44% (n=12/83) ont plus de 3 antécédents d'érysipèle avec pour 2,41% (n=2/83) des patients, 10 antécédents d'érysipèle.

On ne note pas de différence statistique ( $p>0,05$ ) entre les deux départements quant à la répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle par patient.

### 3.4.2.3. Répartition du nombre d'antécédents d'érysipèle selon le sexe

Nombre d'antécédents	Féminin		Masculin	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1	23	20,91%	28	35,90%
2	29	26,36%	24	30,77%
3	27	24,55%	13	16,67%
4	6	5,45%	6	7,69%
5	4	3,64%	2	2,56%
6	1	0,91%	1	1,28%
7	0	0,00%	1	1,28%
9	1	0,91%	0	0,00%
10	6	5,45%	0	0,00%
NR	13	11,82%	3	3,85%
Total	110	100,00%	78	100,00%

Il s'agit d'une récurrence pour 42,80% (n=110/257) des femmes atteintes et parmi celles-ci :

- 20,91% (n=23/110) ont 1 antécédent d'érysipèle,
- 26,36% (n=29/110) ont 2 antécédents d'érysipèle,
- 24,55% (n=27/110) ont 3 antécédents d'érysipèle.
- 5,45% (n=6/110) ont 10 antécédents d'érysipèle.

Parmi les hommes, 40% (n=78/195) ont déjà au moins un antécédent d'érysipèle :

- 35,90% (n=28/78) ont 1 antécédent d'érysipèle,
- 30,77% (n=24/78) ont 2 antécédents d'érysipèle,
- 16,67% (n=13/78) ont 3 antécédents d'érysipèle,
- 7,69% (n=6/78) ont 4 antécédents d'érysipèle.

Il n'y a pas de différence significative ( $p>0,05$ ) entre les deux sexes.

## **3.5. LOCALISATION DE L'ERYSIPELE**

### 3.5.1. Répartition des érysipèles selon leur localisation

La localisation aux membres inférieurs est la plus fréquente ( $p<0,0001$ ), elle représente 92,39% (n=425/460) des cas.

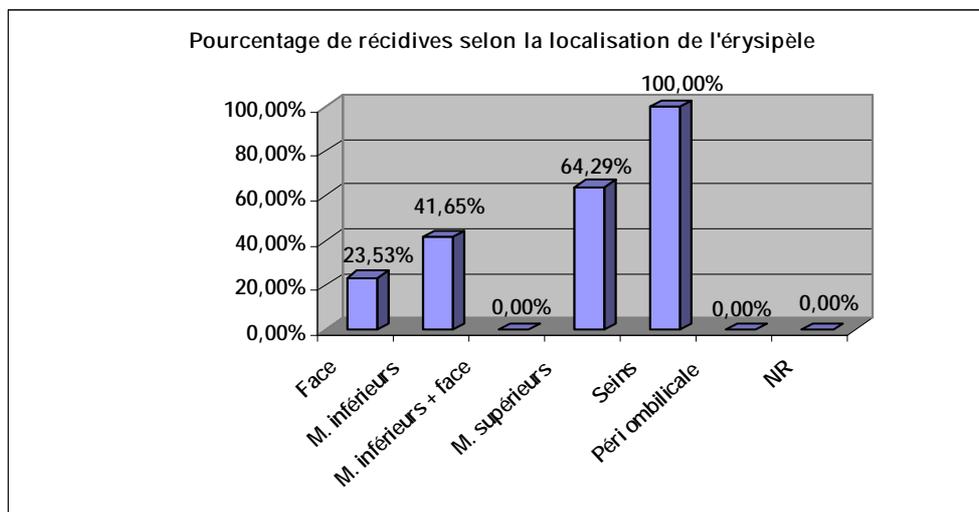
Par ordre de fréquence viennent ensuite les localisations au visage avec 3,69% (n=17/460) des cas d'érysipèle et aux membres supérieurs avec 3,04% (n=14/460) des effectifs.

Un patient présente un érysipèle à la fois localisé au visage et aux membres inférieurs.

Les autres localisations sont minoritaires mais non négligeables, 1 cas au niveau du sein et 1 cas péri ombilical.

Localisation	Effectif	Pourcentage
Face	17	3,69%
Membres inférieurs	425	92,39%
Membres inférieurs + face	1	0,22%
Membres supérieurs	14	3,04%
Seins	1	0,22%
Péri ombilicale	1	0,22%
NR	1	0,22%
Total	460	100,00%

### 3.5.2. Pourcentage de récurrences selon la localisation de l'érysipèle



Comme vu précédemment, 191 patients ont déjà au moins un antécédent d'érysipèle. Parmi ces patients, il s'agit d'une récurrence d'érysipèle pour :

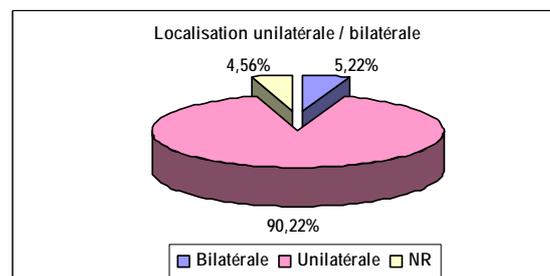
- 23,53% (n=4/17) des localisations au visage,
- 41,65% (n=177/425) des érysipèles localisés aux membres inférieurs,
- 64,29% (n=9/14) des érysipèles localisés aux membres supérieurs.

En ce qui concerne l'érysipèle péri ombilical (premier épisode), l'érysipèle localisé à la fois au membre inférieur et au visage (premier épisode) ou l'unique localisation au niveau du sein (récurrence), les résultats ne sont pas exploitables car les effectifs sont trop faibles.

### 3.5.3. Latéralisation de l'érysipèle

#### 3.5.3.1. Généralités

Localisation	Effectif	Pourcentage
Bilatérale	24	5,22%
Unilatérale	415	90,22%
NR	21	4,56%
Total	460	100,00%



La majorité, soit 90,22% (n=415/460), des érysipèles de cette étude sont unilatéraux (p<0,0001) ; 5,22% (n=24/460) sont bilatéraux. 21 médecins (4,56%) ne précisent pas la latéralisation de l'érysipèle.

### 3.5.3.2. Latéralisation de l'érysipèle selon sa localisation

	Localisation bilatérale		Localisation unilatérale		NR	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Face	2	11,76%	11	64,71%	4	23,53%
Membres inférieurs	21	4,94%	388	91,29%	16	3,76%
Membres inférieurs + face	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
Péri ombilicale	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
Membres supérieurs	1	7,14%	13	92,86%	0	0,00%
Seins	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
NR	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>5,22%</b>	<b>415</b>	<b>90,22%</b>	<b>21</b>	<b>4,56%</b>

Les érysipèles des membres inférieurs sont unilatéraux dans 91,29% des cas (n=388/425), 4,94% (n=21/425) sont bilatéraux.

Cette proportion est la même pour les érysipèles des membres supérieurs, unilatéraux dans 92,86% (n =13/14) des cas et bilatéraux dans 7,14% (1/14) des cas.

Dans notre étude, les érysipèles de la face sont plus souvent bilatéraux que dans les autres localisations puisque 11,76% (n=2/17) des cas au visage sont bilatéraux et 64,71% (n=11/17) unilatéraux.

### 3.5.3.3. Latéralisation de l'érysipèle en fonction de l'âge

Tranches d'âge	Bilatérale	Unilatérale	NR
0 A 9 ans	0%	50,00%	50,00%
10 A 19 ans	20,00%	80,00%	0%
20 A 29 ans	0%	100,00%	0%
30 A 39 ans	0%	100,00%	0%
40 A 49 ans	1,96%	94,12%	3,92%
50 A 59 ans	2,70%	93,24%	4,05%
60 A 69 ans	11,25%	85,00%	3,75%
70 A 79 ans	5,30%	90,91%	3,79%
80 A 89 ans	4,92%	90,16%	4,92%
90 A 99 ans	6,67%	80,00%	13,33%
NR	0%	88,24%	11,76%

La fréquence des érysipèles bilatéraux est supérieure chez les patients plus âgés ; ainsi, l'érysipèle est bilatéral pour :

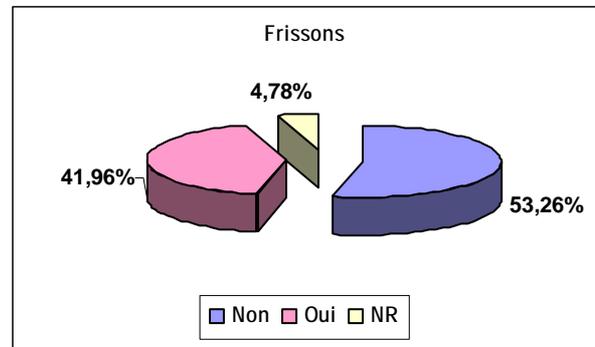
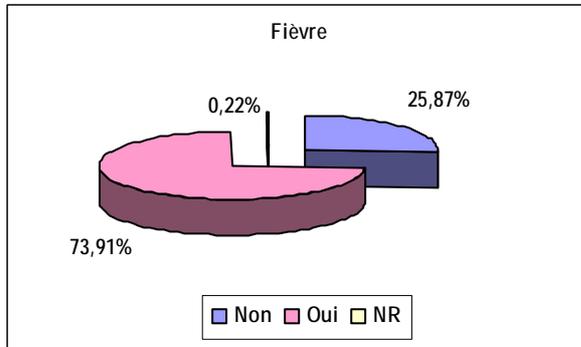
- 11,25% des patients âgés de 60 à 69 ans,
- 5,30% des patients âgés de 70 à 79 ans,
- 4,92% des patients âgés de 80 à 89 ans,
- 6,67% des patients de 90 à 99 ans.

On remarque que 20% des patients âgés de 10 à 19 ans ont un érysipèle bilatéral, ce résultat n'étant cependant pas interprétable dans la mesure où l'effectif des patients de cette tranche d'âge est faible.

### 3.6. SIGNES GENERAUX : FIEVRE, FRISSENS

#### 3.6.1. Généralités

Répartition des signes généraux : fièvre et frissons



Une hyperthermie est notée chez la majorité des patients (73,91%, n=340/460). A contrario, les frissons ne sont signalés que dans 41,96% (n=193/460) des cas.

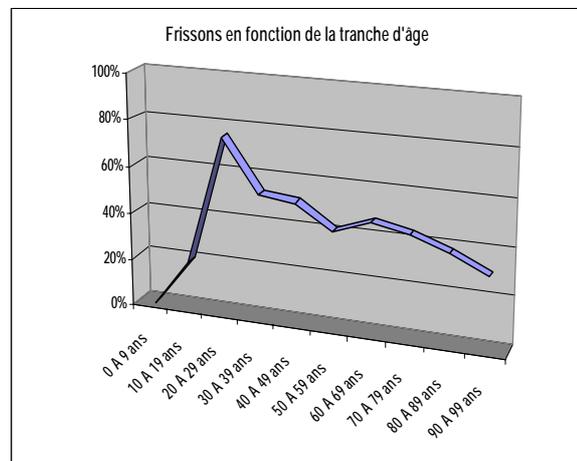
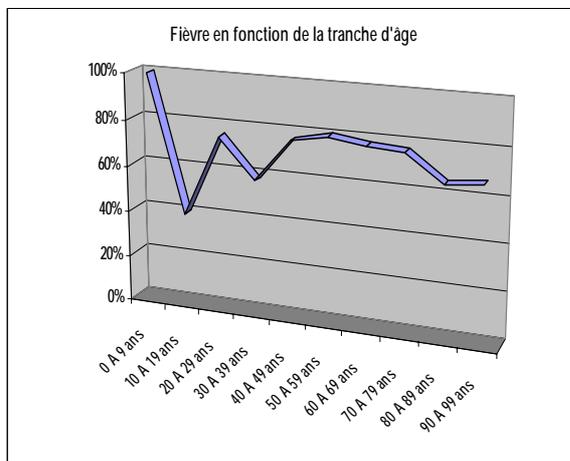
Fièvre	Frissons	Effectif	Pourcentage
Non	Non	110	23,91%
Non	Oui	8	1,74%
Oui	Non	135	29,35%
Oui	Oui	185	40,22%
NR	NR	22	4,78%
Total		460	100,00%

29,35% (n=135/460) des patients ont uniquement de la fièvre alors que 1,74% (n=8/460) ne se plaignent que de frissons.

40,22% (n=185/460) des patients ont à la fois de la fièvre et des frissons.

23,91% (n=110/460) des malades n'ont ni fièvre ni frissons.

#### 3.6.2. Répartition de la fièvre et des frissons par tranches d'âge



La fièvre est un signe clinique très fréquent, elle est retrouvée indifféremment quel que soit l'âge.

Les frissons sont, quant à eux, des signes subjectifs beaucoup plus souvent ressentis par les patients plus jeunes et s'atténuent progressivement lorsque l'âge des patients s'élève.

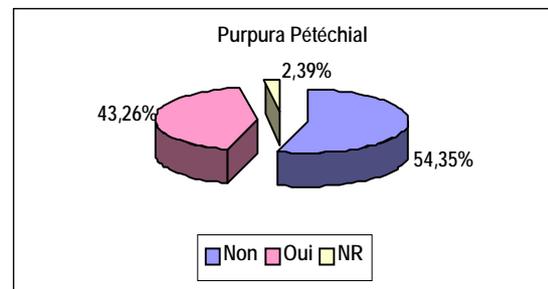
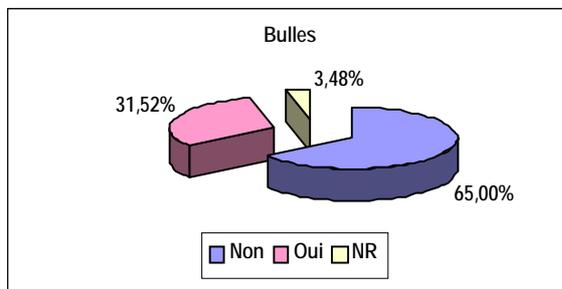
### 3.6.3. Répartition de la fièvre et des frissons selon le sexe

Il n'y a pas de différence significative dans la répartition de ces signes généraux, fièvre ( $p=0,417$ ) ou frissons ( $p=0,229$ ), entre les femmes et les hommes.

## 3.7. SIGNES LOCAUX : BULLES, PURPURA PETECHIAL

### 3.7.1. Généralités

Répartition des signes locaux : bulles et purpura pétéchiol



On observe la présence de bulles chez 31,52% ( $n=145/460$ ) des patients, 43,26% ( $n=199/460$ ) des malades ont un purpura pétéchiol.

Bulles	Purpura pétéchiol	Effectif	Pourcentage
Non	Non	172	37,39%
Non	Oui	127	27,61%
Oui	Non	77	16,74%
Oui	Oui	60	13,04%
NR	NR	24	5,22%
Total		460	100,00%

L'association de ces deux signes cliniques est visible chez 13,04% ( $n=60/460$ ) des patients ;

27,61% ( $n=127/460$ ) des malades ont uniquement du purpura.

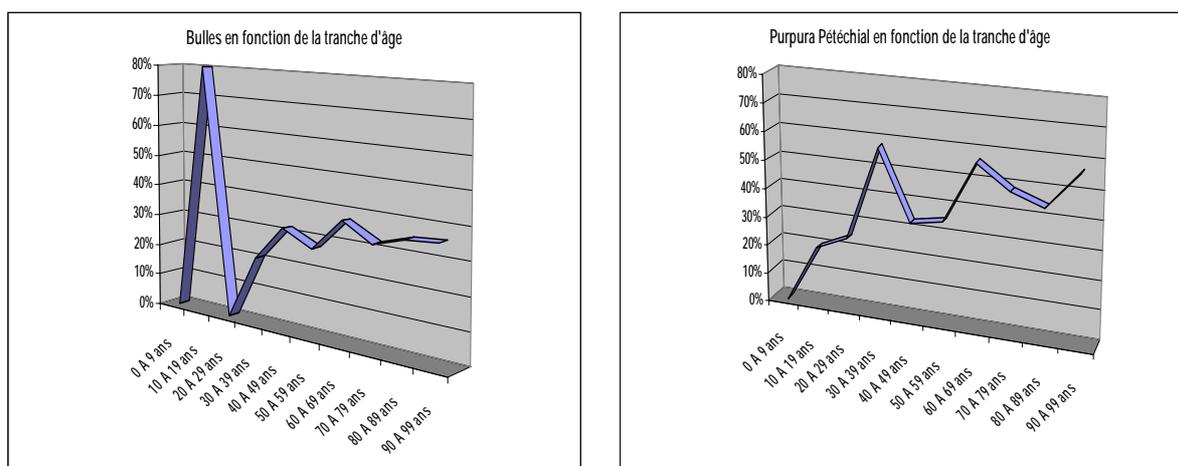
16,74% ( $n=77/460$ ) ne présentent que des bulles.

37,39% ( $n=172/460$ ) des malades n'ont ni bulles ni purpura pétéchiol.

### 3.7.2. Répartition des bulles et du purpura pétéchiol selon le sexe

L'incidence des bulles ( $p=0,838$ ) ou du purpura pétéchiol ( $p=0,829$ ) n'est pas significativement différente entre les deux sexes.

### 3.7.3. Répartition des bulles et du purpura pétéchiial par tranches d'âge



On observe un pic de fréquence en ce qui concerne la présence de bulles pour la tranche d'âge 10 à 19 ans, l'incidence de ce signe local suit ensuite une progression croissante mais lente avec l'âge.

Le pic de fréquence observé pour la tranche d'âge 10 à 19 ans ne peut cependant pas être pris en considération car son effectif est faible.

La présence d'un purpura pétéchiial semble globalement plus fréquente chez des malades plus âgés.

## 3.8. LES FACTEURS DE RISQUE OU COMORBIDITES ASSOCIEES

### 3.8.1. Répartition des facteurs de risque dans la population étudiée

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Insuffisance veino-lymphatique	343	74,57%
Obésité	201	43,70%
Antécédent(s) de phlébite(s)	104	22,61%
Autre(s) cause(s) d'œdème des membres inférieurs	92	20,00%
Diabète	76	16,52%
Ethylisme	61	13,26%
Artériopathie	52	11,30%
Prothèse articulaire	32	6,96%
Immunodépression	18	3,91%
Radiothérapie	11	2,39%
Lymphadénectomie	11	2,39%
Saphénectomie	5	1,09%

Parmi ces facteurs de risque ou comorbidités associées on distingue des facteurs loco-régionaux.

- Les œdèmes des membres, quelle que soit leur étiologie, représentent un facteur de risque majeur d'érysipèle.

- L'insuffisance veino-lymphatique est le facteur de risque le plus fréquent, elle est présente chez 74,57% (n=343/460) des patients de notre étude.

Dans notre série, l'insuffisance veino-lymphatique est significativement ( $p < 0,0001$ ) plus fréquente chez les femmes (84,25%, n=214/254) que chez les hommes (63,87%, n=122/191). Ce facteur de risque est statistiquement plus fréquent chez les patients des tranches d'âge 70 à 79 ans ( $p=0,043$ ) et 80 à 89 ans ( $p=0,034$ ) par rapport aux autres tranches d'âge.

- Les œdèmes des membres d'étiologie autre sont notés dans 20% (n=92/460) des cas, il s'agit notamment d'œdèmes secondaires une insuffisance cardiaque, à un syndrome œdémato-ascitique d'étiologie indéterminée, à une hypoalbuminémie...

- Des antécédents de phlébite, parfois à l'origine d'œdèmes séquellaires existent chez 22,61% (n=104/460) des patients ; 29,96% (n=74/247) des femmes et 14,97% (n=28/187) des hommes ont au moins un antécédent de phlébite.

Cet antécédent est significativement ( $p=0,0003$ ) plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et pour les tranches d'âge 70 à 79 ans ( $p=0,010$ ) et 80 à 89 ans ( $p=0,001$ ).

- Les antécédents d'artériopathie concernent 11,30% (n=52/460) des malades, tous âgés de plus de 40 ans et sans différence statistique entre les deux sexes.

- Les antécédents de radiothérapie (2,39% des patients), de lymphadénectomie (2,39% des malades) et de saphénectomie (1,09%) sont plus rares.

Leur répartition n'est statistiquement pas différente entre les deux sexes ni en fonction de l'âge.

- Presque 7% des malades (6,96%, n=32/460) sont porteurs d'une prothèse articulaire.

Dans notre étude cet antécédent est statistiquement ( $p=0,034$ ) plus fréquent dans la population féminine puisque 9,72% (n=24/247) des femmes ont cet antécédent contre 4,32% (n=8/185) des hommes.

Parmi les facteurs de risque généraux, l'obésité est très fréquente et concerne 43,70% (n=201/460) des patients de l'étude, avec un taux d'obésité significativement ( $p=0,002$ ) supérieur dans la population féminine : 51,39% (n=129/251) des femmes sont obèses contre 36,76% (n=68/185) des hommes.

- Des antécédents de diabète existent chez 16,52% (n=76/460) des malades ; son incidence, comme on le sait déjà, augmente avec l'âge des patients.

-L'éthylisme est une comorbidité plus rare, elle concerne 13,26% (n=61/460) des malades de notre série, essentiellement ( $p < 0,0001$ ) des hommes (23,24%, n=43/185).

-Une immunodépression est notée pour 3,91% (n =18/460) des malades ; il n'existe pas de tranche d'âge statistiquement prédominante mais elle concerne souvent des patients plus jeunes.

### 3.8.2. Répartition du nombre de facteurs de risque par individu

Nombre de facteurs de risque par individu	Global		Sans diabète ni éthylisme	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0	53	11,52%	60	13,04%
1	105	22,83%	130	28,26%
2	120	26,09%	127	27,61%
3	100	21,74%	98	21,30%
4	56	12,17%	35	7,61%
5	21	4,57%	9	1,96%
6	3	0,65%	1	0,22%
7	2	0,43%	0	0
Total	460	100,00%	460	100,00%

11,52% (n=53/460) des patients n'ont pas de facteur de risque ni comorbidités associées, 22,83% (n=105/460) patients en ont 1 et 26,09% (n=120/460) des malades ont 2 facteurs de risque.

L'incidence des malades avec plus de 3 facteurs de risque diminue ensuite.

Si l'on exclut le diabète et l'éthylisme chronique qui, selon certaines études, ne sont pas des facteurs de risque, on note une modification des résultats précédents ;

13,04% des patients n'ont alors aucun facteurs de risque, 28,26% ont 1 facteur de risque et 27,61% ont deux facteurs de risque.

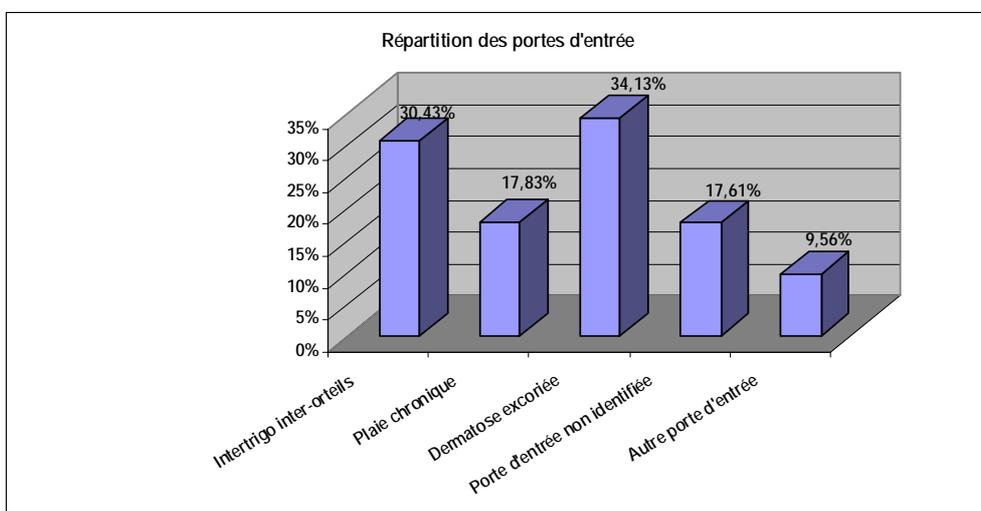
## 3.9. PORTE(S) D'ENTREE SUSPECTEE(S)

### 3.9.1. Généralités

379 praticiens (82,39%) ont identifié au moins une porte d'entrée à l'érysipèle avec parmi eux :

- 78,48% (n=361/460) ont isolé une porte d'entrée,
- 11,09% (n=51/460) en ont isolé deux,
- 0,65% (n=3/460) des praticiens ont isolé trois portes d'entrée.

Répartition des portes d'entrée dans la population étudiée



Les dermatoses excoriées constituent (tous patients et départements confondus) la porte d'entrée la plus fréquente avec 34,13% (n=157/460) des érysipèles.

Un intertrigo inter-orteils est identifié dans 30,43% (n=140/460) des cas.

Les plaies chroniques sont présentes chez 17,83% (n=82/460) des patients.

9,56% (n=44/460) des praticiens ont isolé une autre porte d'entrée avec notamment, un taux non négligeable de plaies aiguës (4,35%, n=20/460) et de piqûres d'insecte (1,30%, n=6/460).

#### Répartition des autres portes d'entrée identifiées :

Autres portes d'entrée	Effectif	Pourcentage
Bronchopneumopathie	1	2,27%
Brûlure	2	4,55%
Excoriation	5	11,36%
Morsure de chien	1	2,27%
Muqueuse nasale	1	2,27%
Ongle incarné	1	2,27%
Otite	2	4,55%
Piqûre insecte	6	13,64%
Plaie aiguë	20	45,45%
Post-opératoire	2	4,55%
Sécheresse cutanée	1	2,27%
Thalassothérapie	1	2,27%
Traumatisme unguéal	1	2,27%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

En ce qui concerne les portes d'entrée « broncho-pneumopathie, sécheresse cutanée, muqueuse nasale et l'érysipèle post thalassothérapie », nous n'avons pas de précision quant au mécanisme possible de l'érysipèle.

Pour les 2 érysipèles survenus en post-opératoires, il s'agissait dans les deux cas, d'un stripping de varices.

17,61% (n=81/460) des praticiens n'ont pas trouvé de porte d'entrée à l'érysipèle.

#### 3.9.2. Répartition des portes d'entrée par département et par sexe

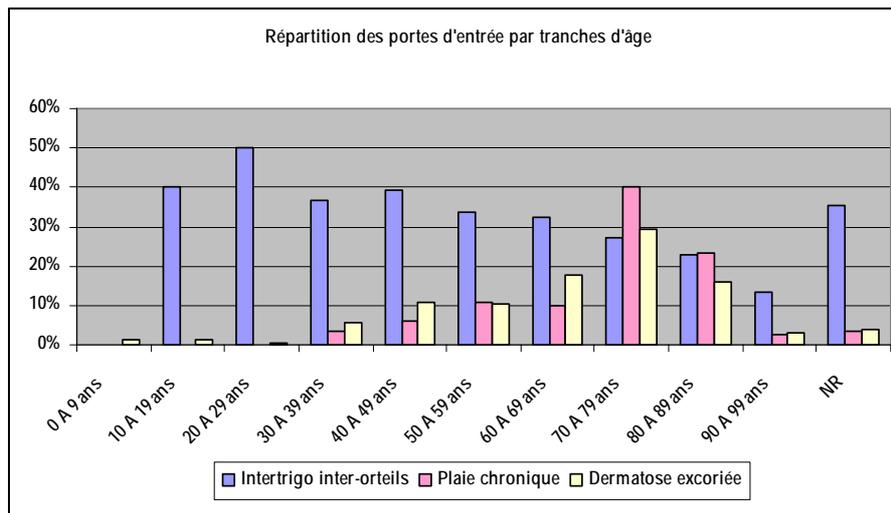
Porte d'entrée	Loire Atlantique				Vendée			
	Féminin		Masculin		Féminin		Masculin	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Intertrigo inter-orteils	33	19,64%	42	35,29%	32	35,96%	30	39,47%
Plaie chronique	29	17,26%	23	19,33%	18	20,22%	11	14,47%
Dermatose excoriée	59	35,12%	44	36,97%	30	33,71%	21	27,63%
Pas de porte d'entrée identifiée	41	24,40%	14	11,76%	14	15,73%	9	11,84%

La répartition des portes d'entrée est différente entre les deux départements.

Alors qu'en Loire Atlantique, les dermatoses excoriées constituent la principale porte d'entrée d'érysipèle ( $p > 0,05$ ), les intertrigos inter-orteils sont significativement ( $p < 0,05$ ) plus fréquents en Vendée où ils constituent la première source d'érysipèle.

Les dermatoses excoriées et les plaies chroniques constituent des portes d'entrée d'érysipèle plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes en Vendée alors qu'en Loire Atlantique, elles prédominent chez les hommes. L'analyse de la répartition de ces portes d'entrée ne montre cependant pas de différence significative ( $p>0,05$ ) entre les deux sexes. Les intertrigos inter-orteils sont, quant à eux, significativement ( $p=0,0025$ ) plus fréquents chez l'homme.

### 3.9.3. Répartition des portes d'entrée par tranches d'âge



L'intertrigo inter-orteils représente la porte d'entrée la plus fréquente chez le patient jeune ; il constitue 40% des portes d'entrée chez les patients âgés de 10 à 19 ans et 50% des portes d'entrée chez les patients âgés de 20 à 29 ans.

Les dermatoses excoriées sont une porte d'entrée d'érysipèle présente à tous les âges ( $p>0,05$ ).

Les plaies chroniques constituent, au contraire, une porte d'entrée plus fréquente chez la personne âgée, plus de 45% des patients avec plaie chronique sont âgés de plus de 70 ans.

## **3.10. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

NB : Pour cet item, seules sont considérées les réponses concernant les 379 patients non hospitalisés.

### 3.10.1. Généralités

#### 3.10.1.1. Répartition des demandes d'examens complémentaires par département

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés dans cette étude, (52,77%,  $n=200/379$ ), ont fait réaliser un ou plusieurs examens complémentaires (51,45%,  $n=124/241$ , des médecins de Loire Atlantique et 55,07%,  $n=76/138$ , des médecins vendéens).

45,12% ( $n=171/379$ ) des praticiens ont demandé un écho doppler veineux.

Examens complémentaires	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	117	48,55%	60	43,48%	177	46,70%
Oui	124	51,45%	76	55,07%	200	52,77%
NR	0	0,00%	2	1,45%	2	0,53%
Total	241	100%	138	100%	379	100%

La fréquence des demandes d'examens complémentaires est statistiquement identique ( $p=0,408$ ) entre les deux départements.

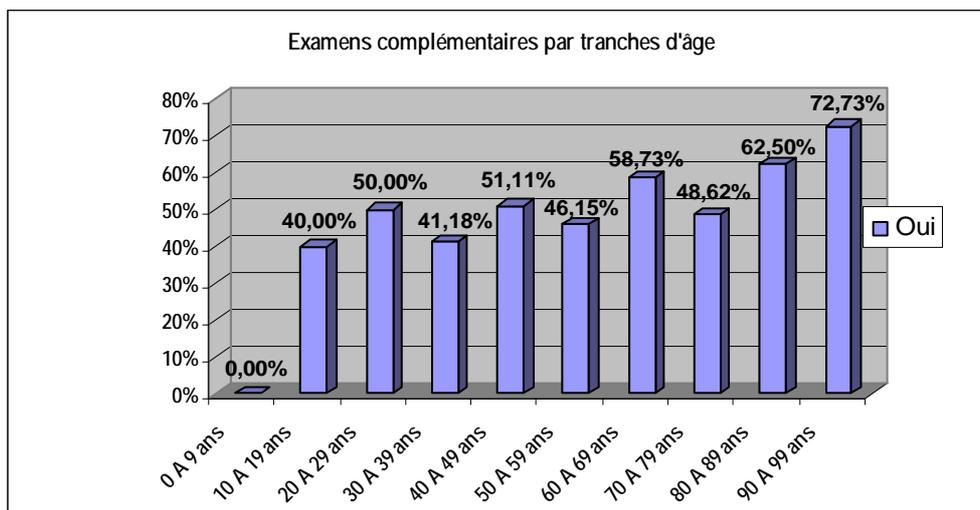
### 3.10.1.2. Répartition des demandes d'examens complémentaires selon le sexe

Examens complémentaires	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	89	41,98%	85	53,12%	3	42,86%	177	46,70%
Oui	121	57,08%	75	46,88%	4	57,14%	200	52,77%
NR	2	0,94%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,53%
Total	212	100%	160	100%	7	100%	379	100%

Les demandes d'examens complémentaires sont significativement ( $p=0,040$ ) plus fréquentes chez les femmes que les hommes, plus de 55% des femmes (57,08%,  $n=121/212$ ) ont eu des examens complémentaires contre 46,88% ( $n=75/160$ ) des hommes.

Le sexe du patient n'est pas précisé dans 7 questionnaires.

### 3.10.1.3. Répartition des demandes d'examens complémentaires par tranches d'âge



La répartition par tranches d'âge montre que les demandes d'examens complémentaires sont d'autant plus fréquentes que les patients sont âgés ; il n'existe cependant pas de tranches d'âge où le nombre des demandes est significativement ( $p>0,05$ ) prédominant.

### 3.10.2. Prélèvements bactériologiques

Les 200 demandes d'examens bactériologiques se répartissent comme suit :

- hémocultures : 4,50% (n=9/200) des patients,
- prélèvement de la porte d'entrée : 7% (n=14/200) des cas,
- autres prélèvements bactériologiques ou biologiques (nfs, vs, crp...) : 17% (n=34/200) des cas.

Ainsi, parmi les 379 patients non hospitalisés :

- 2,37% (n=9/379) des patients ont eu des hémocultures,
- 3,69% (n=14/379) ont eu un prélèvement de la porte d'entrée
- 8,97% (n=34/379) des patients, d'autres examens bactériologiques ou biologiques.

#### 3.10.2.1. Répartition des examens bactériologiques par département

Examens bactériologiques	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Hémocultures	6	4,84%	3	3,95%	9	4,50%
Prélèvements bactériologiques	20	16,13%	14	18,42%	34	17,00%
Prélèvements de la porte d'entrée	7	5,65%	7	9,21%	14	7,00%

Avec 4,84%, le pourcentage d'hémocultures réalisées est supérieur ( $p=0,819$ ) en Loire Atlantique.

Les prélèvements bactériologiques ( $p=0,589$ ) et de la porte d'entrée ( $p=0,321$ ) sont plus fréquents en Vendée.

Il n'existe cependant pas de différence significative entre les deux départements quant à la répartition des examens complémentaires demandés.

#### 3.10.2.2. Répartition des examens bactériologiques selon le sexe

Examens bactériologiques	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Hémocultures	3	2,48%	5	6,67%	1	25,00%	9	4,50%
Prélèvements bactériologiques	18	14,88%	16	21,33%	0	0,00%	34	17,00%
Prélèvements de la porte d'entrée	4	3,31%	10	13,33%	0	0,00%	14	7,00%

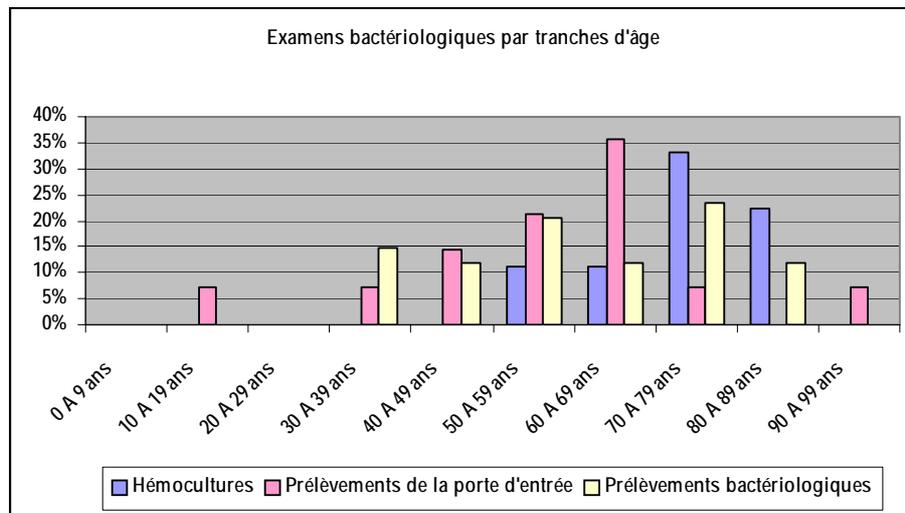
Les prélèvements de la porte d'entrée sont statistiquement ( $p=0,007$ ) plus fréquents chez les hommes.

Il n'existe au contraire pas de différence significative entre les deux sexes en ce qui concerne les hémocultures ( $p=0,139$ ) et les autres prélèvements bactériologiques ou biologiques ( $p=0,197$ ).

#### 3.10.2.3. Répartition des examens bactériologiques par tranches d'âge

On constate cependant, que 55,55% des hémocultures sont réalisées chez des patients âgés de plus de 70 ans, à contrario, les prélèvements de la porte d'entrée sont réalisés chez des patients plus jeunes puisque 78,57% des patients ont moins de 70 ans.

Les autres demandes d'examens bactériologiques ou biologiques sont, quant à elles, réparties indifféremment quel que soit l'âge des malades.



Il n'existe pas de tranches d'âge significativement ( $p > 0,05$ ) prédominantes en ce qui concerne les demandes d'examens complémentaires.

#### 3.10.2.4. Résultats des examens bactériologiques

Des hémocultures ont été demandées par 9 praticiens, leurs résultats sont les suivants:

- 5 hémocultures sont restées stériles,
- 3 hémocultures se sont révélées positives, 2 à *Staphylococcus aureus*, pour la troisième, nous n'avons pas de précision quant au germe mis en évidence,
- 1 praticien ne nous a pas communiqué le résultat.

Un prélèvement de la porte d'entrée a été réalisé par 14 praticiens :

- 6 de ces prélèvements ont identifié un *Staphylococcus aureus*,
- 2 prélèvements ont mis en évidence un *Staphylococcus aureus* associé à un *Pseudomonas aeruginosa*,
- 1 échantillon a révélé un *Trichophyton rubrum*,
- 1 a identifié un streptocoque,
- 1 prélèvement était positif mais le germe n'est pas précisé,
- 2 sont restés stériles,
- 1 praticien ne nous a pas communiqué le résultat du prélèvement.

D'autres prélèvements bactériologiques ou biologiques ont été demandés par 34 médecins généralistes, essentiellement, une numération formule sanguine, une C-réactive protéine et une vitesse de sédimentation :

- 28 praticiens ont fait réaliser une numération formule sanguine dont les résultats sont les suivants :
  - hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles : 18 prélèvements,
  - hyperleucocytose sans précision quant aux éléments identifiés : 6 prélèvements,
  - pas d'anomalie : 2 prélèvements,
  - résultats non communiqués : 2 prélèvements.
- 18 C-réactive protéines ont été dosées, 12 d'entre elles étaient augmentées, pour les 6 autres, le résultat n'est pas précisé.

- 7 prélèvements ont montré une élévation de la vitesse de sédimentation, 3 n'ont pas de précision quant au résultat.

Parmi les autres examens complémentaires demandés on note :

- glycémies : 2 normales, 1 sans résultat,
- anticorps antistreptolysine O : 2 prélèvements positifs,
- D Dimères : 1 prélèvement négatif,
- sérologies HIV et hépatite B : 1 prélèvement négatif,
- 1 praticien a fait réaliser une radiographie des sinus et 1 praticien une radiographie des sinus et un panoramique dentaire afin d'identifier la porte d'entrée de l'érysipèle.
- 2 praticiens n'ont pas précisé les examens complémentaires demandés ni leurs résultats.

### 3.10.3. Echographie doppler

#### 3.10.3.1. Généralités

Un écho doppler veineux des membres a été demandé par 171 praticiens sur les 379 interrogés, soit 45,12% des médecins.

Les demandes d'écho doppler des membres sont systématiques pour 14,25% (n=54/379) des praticiens de notre étude lors du diagnostic d'érysipèle.

#### 3.10.3.2. Répartition des demandes d'écho doppler par département

Echo doppler	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	129	53,53%	77	55,80%	206	54,35%
Oui	111	46,06%	60	43,48%	171	45,12%
NR	1	0,41%	1	0,72%	2	0,53%
Total	241	100%	138	100%	379	100%

Un écho doppler veineux a été demandé par 46,06%, (n=111/241) des médecins généralistes de Loire Atlantique et 43,48%, (n=60/138) des médecins vendéens.

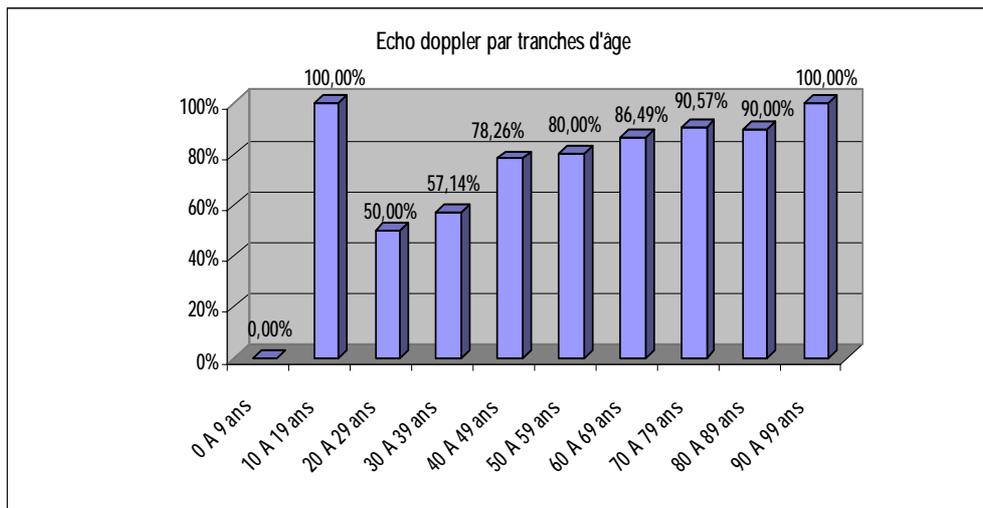
Il n'existe pas de différence statistique (p=0,06) entre les deux départements quant à l'incidence des demandes d'échographies doppler.

#### 3.10.3.3. Répartition des demandes d'écho doppler par sexe

Echo doppler	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	105	49,53%	98	61,25%	3	42,86%	206	54,35%
Oui	106	50,00%	61	38,12%	4	57,14%	171	45,12%
NR	1	0,47%	1	0,63%	0	0,00%	2	0,53%
Total	212	100%	160	100%	7	100%	379	100%

Les demandes d'échographies doppler sont significativement (p=0,023) plus fréquentes chez les femmes puisque 50% (n=106/212) des femmes ont eu un écho doppler contre 38,13% (n=61/160) des hommes.

### 3.10.3.4. Répartition des demandes d'écho doppler par tranches d'âge



Les résultats observés pour la tranche d'âge 10 à 19 ans ne sont pas significatifs puisque seulement 5 patients de cette étude sont âgés de 10 à 19 ans et seuls 2 d'entre eux ont subi un doppler veineux des membres inférieurs.

Ainsi, lorsque l'on exclut la tranche d'âge 10 à 19 ans, on constate que la fréquence des demandes d'échographies doppler augmente avec l'âge des patients et leur nombre devient significativement ( $p=0,024$ ) supérieur après 60 ans.

### 3.10.3.5. Motifs de prescription des écho doppler

La répartition des différents motifs de demande d'échographie doppler est statistiquement ( $p>0,05$ ) identique entre les deux départements et entre les deux sexes.

Les motifs justifiant les 171 demandes de doppler se répartissent comme suit :

- 31,58% ( $n=54/171$ ) demandes systématiques lors du diagnostic d'érysipèle,
- 60,82% ( $n=104/171$ ) sont justifiées par une suspicion de thrombose veineuse associée,
- 9,36% ( $n=16/171$ ) des écho doppler sont prescrits pour d'autres raisons :
  - bilan artério-veineux : 4 patients
  - antécédent de phlébite : 3 patients
  - confirmation diagnostique : 2 patients
  - bilan pré-opératoire : 2 patients
  - plaie de jambe : 1 patient
  - non justifié : 4 patients

Sept praticiens exerçant en Loire Atlantique et 4 praticiens vendéens n'ont pas justifié leurs demandes d'écho doppler.

### 3.10.3.6. Echo doppler et facteurs de risque d'érysipèle

Répartition des demandes d'écho doppler en fonction des facteurs de risque d'érysipèle

Facteurs de risque	Non		Oui		NR	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Diabète	136	79,53%	26	15,20%	9	5,26%
Obésité	94	54,97%	72	42,11%	5	2,92%
Ethylisme	143	83,63%	22	12,87%	6	3,51%
Insuffisance veino-lymphatique	27	15,79%	142	83,04%	2	1,17%
Autre(s) cause(s) d'œdème des membres inférieurs	107	62,57%	35	20,47%	29	16,96%
Artériopathie	144	84,21%	18	10,53%	9	5,26%
Antécédent(s) de phlébite(s)	113	66,08%	51	29,82%	7	4,09%
Immunodépression	159	92,98%	5	2,92%	7	4,09%
Prothèse articulaire	153	89,47%	11	6,43%	7	4,09%
Radiothérapie	162	94,74%	2	1,17%	7	4,09%
Lymphadénectomie	162	94,74%	3	1,75%	6	3,51%
Saphénectomie	164	95,91%	1	0,58%	6	3,51%

Parmi les patients ayant eu un doppler :

- 29,82% (n=51/171) d'entre eux ont au moins un antécédent de phlébite,
- 83,04% (n=142/171) des patients ont une insuffisance veino-lymphatique,
- 20,47% (n=35/171) des œdèmes des membres inférieurs,
- 10,53% des patients ont des antécédents d'artériopathie.

### 3.10.3.7. Résultats des écho doppler

Résultats des écho doppler	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Artériopathie	1	0,90%	0	0,00%	1	0,58%
Insuffisance veino-lymphatique	14	12,61%	10	16,67%	24	14,04%
Thrombose veineuse profonde	4	3,60%	3	5,00%	7	4,09%
Absence de thrombose veineuse	81	72,97%	46	76,67%	127	74,27%
Séquelle de thrombose veineuse	2	1,80%	0	0,00%	2	1,17%
Périphlébite	1	0,90%	0	0,00%	1	0,58%
NR	8	7,21%	1	1,67%	9	5,26%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>

Une thrombose veineuse profonde est objectivée par 4,09% (n=7/171) des écho doppler :

- il s'agit de 4 femmes et 3 hommes ;
- tous ont une insuffisance veino-lymphatique ;
- 1 patient a des antécédents de thrombose veineuse profonde, 5 n'en n'ont pas, cet antécédent n'est pas précisé pour le dernier ;
- 3 patients sont obèses, 4 ne le sont pas ;
- ils sont âgés de 35 à 82 ans.

Une insuffisance veino-lymphatique est confirmée par 14,04% (n=24/171) des écho doppler sans thrombose veineuse profonde associée.

Plus de 90% (90,64%, n=155/171) des écho doppler ont éliminé une thrombose veineuse profonde associée.

### 3.11. TRAITEMENT A DOMICILE

Sur les 460 patients de cette étude, 379 (82,39%) ont été traités en ambulatoire et 78 malades ont été hospitalisés.

Nous ne connaissons pas les modalités de traitement pour 3 patients.

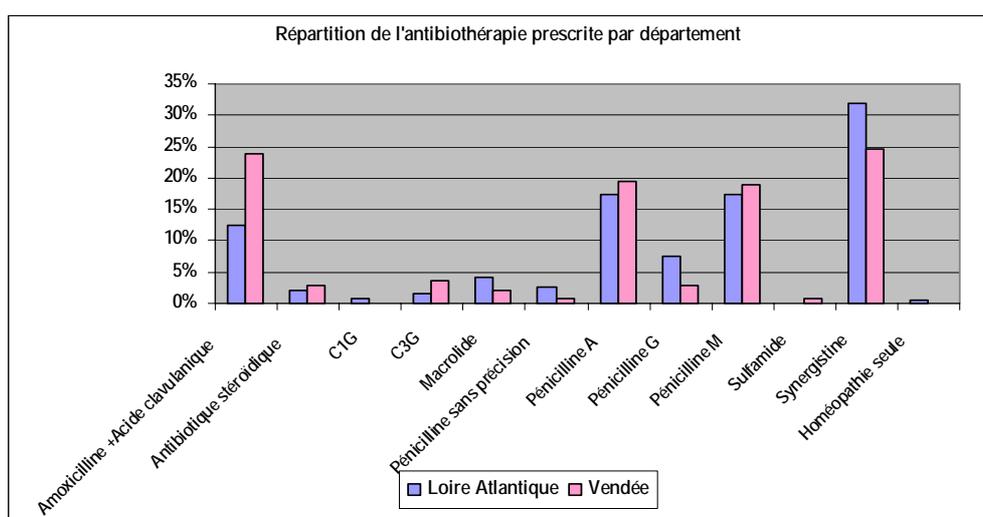
Les items suivant ne concernent que les 379 patients qui ont exclusivement été traités à domicile.

#### 3.11.1. Antibiothérapie

##### 3.11.1.1. Généralités

##### Répartition de l'antibiothérapie prescrite par département

Antibiothérapie	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Amoxicilline + Acide clavulanique	30	12,45%	33	23,91%	63	16,62%
Antibiotique stéroïdique	5	2,07%	4	2,90%	9	2,37%
Céphalosporine de première génération	2	0,83%	0	0,00%	2	0,53%
Céphalosporine de troisième génération	4	1,66%	5	3,62%	9	2,37%
Macrolide	10	4,15%	3	2,17%	13	3,43%
Pénicilline (sans précision)	6	2,49%	1	0,72%	7	1,85%
Pénicilline A	42	17,43%	27	19,57%	69	18,21%
Pénicilline G	18	7,47%	4	2,90%	22	5,80%
Pénicilline M	42	17,43%	26	18,84%	68	17,94%
Sulfamide	0	0,00%	1	0,72%	1	0,26%
Synergistine	77	31,95%	34	24,64%	111	29,29%
Homéopathie seule	1	0,41%	0	0,00%	1	0,26%
NR	4	1,66%	0	0,00%	4	1,06%
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>



L'antibiothérapie prescrite varie d'un département à l'autre.

Les synergistines, représentées par la pristinamycine, représentent l'antibiothérapie la plus prescrite par les médecins généralistes des deux départements avec 29,29% (n=111/379) des ordonnances.

L'ensemble des pénicillines (pénicillines A, M et G associées) constitue la classe pharmacologique la plus utilisée, par argument de fréquence, avec 43,80% (n=166/379) des prescriptions. Prises individuellement, les prescriptions se répartissent comme suit :

- pénicilline A : 18,20% (n=69/379) des prescriptions
- pénicilline M : 17,94% (n=68/379) des prescriptions
- pénicilline G : 5,80% (n=22/379) des prescriptions
- pénicilline (sans précision) : 1,85% (n=7/379) des prescriptions

L'association amoxicilline-acide clavulanique est prescrite, en première intention, par 16,62% (n=63/379) des médecins.

Les prescriptions de macrolides, non exceptionnelles, concernent 3,43% (n=13/379) des malades.

Les céphalosporines de première et deuxième génération représentent 2,90% (11/379) des prescriptions, elles constituent souvent une antibiothérapie intramusculaire prescrite en première intention secondairement relayée par une antibiothérapie orale.

Les antibiotiques stéroïdiques (2,37%, n= 9/379) et les sulfamides (0,26%, n=1/379) sont beaucoup plus rarement utilisés.

Un médecin généraliste exerçant en Loire Atlantique a exclusivement utilisé de l'homéopathie pour la prise en charge de l'érysipèle.

#### Répartition des voies d'administration de l'antibiothérapie par département

Voie d'administration	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voie intramusculaire	12	4,98%	7	5,07%	19	5,03%
Voie orale	214	88,80%	122	88,41%	336	88,59%
NR	15	6,22%	9	6,52%	24	6,38%
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>

Quel que soit le département, plus de 88% de l'antibiothérapie prescrite en première intention est administrée par voie orale.

Les antibiotiques sont prescrits par voie intramusculaire par 4,98% (n=12/241) des médecins de Loire Atlantique et 5,07% (n=7/138) des praticiens vendéens.

Aucun praticien n'a instauré d'antibiothérapie intraveineuse à domicile.

## Durée moyenne de prescription des antibiotiques

Classe pharmacologique	Durée moyenne en jours
Amoxicilline +Acide clavulanique	12,97
Antibiotique stéroïdique	13,22
Céphalosporine de 1ère génération	11,50
Céphalosporine de 3ème génération	8,22
Homéopathie seule	NR
Macrolide	14,58
Pénicilline (sans précision)	12,50
Pénicilline A	12,48
Pénicilline G	14,40
Pénicilline M	11,75
Sulfamide	10,00
Synergistine	11,93
NR	14,33
<b>Total</b>	<b>12,35</b>

Voie d'administration	Durée moyenne en jours
Voie intramusculaire	9,21
Voie orale	12,58
NR	11,71

La durée moyenne de prescription d'une antibiothérapie orale est de 12,58 jours ; elle est globalement plus longue, de 3 à 4 jours, que l'antibiothérapie administrée par voie intramusculaire qui cette dernière est souvent prescrite en première intention les premiers jours, et est secondairement relayée par un antibiothérapie orale.

## Répartition des durées de prescription des antibiotiques par département

Antibiothérapie par classe pharmacologique	Durée du traitement	Loire Atlantique	Vendée	Total	Pourcentage
Amoxicilline +Acide clavulanique	2 mois	1	0	1	1,59%
	de 1 a 2 semaines	18	22	40	63,49%
	de 2 à 3 semaines	6	8	14	22,22%
	de 3 à 4 semaines	3	2	5	7,94%
	Moins d'une semaine	1	0	1	1,59%
<b>Total Amoxicilline +Acide clavulanique</b>		<b>30</b>	<b>33</b>	<b>63</b>	<b>100,00%</b>
Antibiotique stéroïdique	de 1 a 2 semaines	1	3	4	44,44%
	de 2 à 3 semaines	4	0	4	44,44%
	de 3 à 4 semaines	0	1	1	11,12%
<b>Total Antibiotique stéroïdique</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>
Céphalosporine de 1 <sup>ère</sup> génération	de 1 a 2 semaines	1	0	1	50,00%
	de 2 à 3 semaines	1	0	1	50,00%
<b>Total Céphalosporine de 1<sup>ère</sup> génération</b>		<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>
Céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération	de 1 a 2 semaines	3	4	7	77,78%
	Moins d'une semaine	1	1	2	22,22%
<b>Total Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération</b>		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>
Macrolide	1 mois	1	0	1	7,69%
	de 1 a 2 semaines	5	3	8	61,55%
	de 2 à 3 semaines	1	0	1	7,69%
	de 3 à 4 semaines	2	0	2	15,38%
	NR	1	0	1	7,69%
<b>Total Macrolide</b>		<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>
NR	de 1 a 2 semaines	2	0	2	50,00%
	de 3 à 4 semaines	1	0	1	25,00%
	NR	1	0	1	25,00%
<b>Total NR</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline (sans précision)	de 1 a 2 semaines	3	1	4	57,14%
	de 2 à 3 semaines	2	0	2	28,57%
	NR	1	0	1	14,29%
<b>Total Pénicilline (sans précision)</b>		<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline A	1 mois	0	1	1	1,45%
	de 1 a 2 semaines	21	12	33	47,82%
	de 2 à 3 semaines	16	11	27	39,13%
	de 3 à 4 semaines	1	1	2	2,90%
	Moins d'une semaine	2	1	3	4,35%
	NR	2	1	3	4,35%
<b>Total Pénicilline A</b>		<b>42</b>	<b>27</b>	<b>69</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline G	1 mois	1	1	2	9,09%
	de 1 a 2 semaines	5	1	6	27,27%
	de 2 à 3 semaines	7	1	8	36,36%
	de 3 à 4 semaines	1	0	1	4,55%
	Moins d'une semaine	2	1	3	13,64%
	NR	2	0	2	9,09%
<b>Total Pénicilline G</b>		<b>18</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline M	1 mois	1	0	1	1,47%
	de 1 a 2 semaines	29	19	48	70,59%
	de 2 à 3 semaines	9	5	14	20,59%
	de 3 à 4 semaines	2	0	2	2,94%
	Moins d'une semaine	1	2	3	4,41%
	NR	0	0	0	0,00%
<b>Total Pénicilline M</b>		<b>42</b>	<b>26</b>	<b>68</b>	<b>100,00%</b>
Sulfamide	de 1 a 2 semaines	0	1	1	100,00%
<b>Total Sulfamide</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>
Synergistine	1 mois	1	1	2	1,80%
	de 1 a 2 semaines	49	25	74	66,67%
	de 2 à 3 semaines	21	7	28	25,23%
	de 3 à 4 semaines	3	0	3	2,70%
	Moins d'une semaine	1	1	2	1,80%
	NR	2	0	2	1,80%
<b>Total Synergistine</b>		<b>77</b>	<b>34</b>	<b>111</b>	<b>100,00%</b>
Homéopathie seule	NR	1	0	1	100,00%
<b>Total Homéopathie seule</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total</b>		<b>241</b>	<b>138</b>	<b>379</b>	

## Répartition des posologies des antibiotiques prescrits par département

Antibiothérapie par classe pharmacologique	Posologie	Loire Atlantique	Vendée	Total	Pourcentage
Amoxicilline +Acide clavulanique	2 grammes	7	3	10	15,87%
	2 à 3 grammes	1	0	1	1,59%
	3 grammes	22	29	51	80,95%
	NR	0	1	1	1,59%
<b>Total Amoxicilline +Acide clavulanique</b>		<b>30</b>	<b>33</b>	<b>63</b>	<b>100,00%</b>
Antibiotique stéroïdique	1 gramme	1	0	1	11,11%
	1,5 gramme	4	1	5	55,56%
	2 grammes	0	2	2	22,22%
	NR	0	1	1	11,11%
<b>Total Antibiotique stéroïdique</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>
Céphalosporine de 1 <sup>ère</sup> génération	2 grammes	1	0	1	50,00%
	3 grammes	1	0	1	50,00%
<b>Total Céphalosporine de 1<sup>ère</sup> génération</b>		<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>
Céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération	1 gramme	2	5	7	77,78%
	2 grammes	1	0	1	11,11%
	NR	1	0	1	11,11%
<b>Total Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération</b>		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>
Macrolide	1,5 gramme	1	0	1	7,69%
	1,5 Million	1	0	1	7,69%
	2 grammes	1	2	3	23,08%
	300 milligrammes	6	1	7	53,85%
	6 Millions	1	0	1	7,69%
<b>Total Macrolide</b>		<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>
NR	2 grammes	1	0	1	25,00%
	3 grammes	2	0	2	50,00%
	NR	1	0	1	25,00%
<b>Total NR</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline (sans précision)	2 grammes	1	0	1	14,285%
	3 grammes	1	0	1	14,285%
	3 Millions	2	1	3	42,86%
	6 grammes	1	0	1	14,285%
	NR	1	0	1	14,285%
<b>Total Pénicilline (sans précision)</b>		<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline A	2 grammes	5	5	10	14,49%
	3 grammes	30	16	46	66,66%
	3 à 4,5 grammes	0	1	1	1,45%
	4 grammes	3	3	6	8,70%
	4,5 grammes	2	0	2	2,90%
	6 grammes	0	1	1	1,45%
	NR	2	1	3	4,35%
<b>Total Pénicilline A</b>		<b>42</b>	<b>27</b>	<b>69</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline G	1 Million	1	0	1	4,545%
	12 Millions	0	1	1	4,545%
	2 grammes	1	1	2	9,09%
	2 Millions	1	0	1	4,545%
	3 Millions	2	1	3	13,64%
	4 Millions	5	1	6	27,27%
	6 Millions	4	0	4	18,18%
	8 Millions	1	0	1	4,545%
NR	3	0	3	13,64%	
<b>Total Pénicilline G</b>		<b>18</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>
Pénicilline M	1 gramme	1	0	1	1,47%
	1,5 gramme	0	2	2	2,94%
	2 grammes	23	13	36	52,95%
	2 à 3 grammes	1	0	1	1,47%
	3 grammes	15	9	24	35,29%
	4 grammes	1	1	2	2,94%
	6 grammes	1	0	1	1,47%
NR	0	1	1	1,47%	
<b>Total Pénicilline M</b>		<b>42</b>	<b>26</b>	<b>68</b>	<b>100,00%</b>
Sulfamide	2 grammes	0	1	1	100,00%
<b>Total Sulfamide</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>
Synergistine	1,5 gramme	1	1	2	1,80%
	2 grammes	31	15	46	41,45%
	3 grammes	43	17	60	54,05%
	4 grammes	0	1	1	0,90%
	750 milligrammes mal supportée	1 1	0 0	1 1	0,90% 0,90%
<b>Total Synergistine</b>		<b>77</b>	<b>34</b>	<b>111</b>	<b>100,00%</b>
Homéopathie seule	NR	1	0	1	100,00%
<b>Total Homéopathie seule</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total</b>		<b>241</b>	<b>138</b>	<b>379</b>	

### 3.11.1.2. Les Synergistines

Les synergistines, et notamment la pristinamycine, représentent l'antibiothérapie la plus prescrite ( $p=0,108$ ) dans les 2 départements :

- 31,95% ( $n=77/241$ ) des prescriptions en Loire Atlantique,
- 24,64% ( $n=34/138$ ) en Vendée.

En Loire Atlantique, la pristinamycine est significativement ( $p<0,0001$ ) plus prescrite que les autres antibiotiques, et notamment que l'association amoxicilline-acide clavulanique ; cette différence statistique entre la pristinamycine et l'amoxicilline-acide clavulanique n'existe pas en Vendée ( $p=0,888$ ).

Sa durée moyenne de prescription est de 11,93 jours avec pour 66,67% ( $n=74/111$ ) des patients, une durée de prescription entre 1 et 2 semaines.

Les posologies oscillent entre 750 milligrammes et 4 grammes par 24 heures ; la posologie à 3 grammes par jour est la plus habituelle (54,05% des malades), la posologie à 2 grammes représente 41,44% ( $n=46/111$ ) des prescriptions.

### 3.11.1.3. Les Pénicillines

Les pénicillines regroupent plusieurs classes d'antibiotiques dont 3 sont utilisées par les praticiens pour lutter contre l'érysipèle : les pénicillines A, les pénicillines M et les pénicillines G.

Les pénicillines A représentent seulement 18,21% des prescriptions globales :

- en Loire Atlantique, elles constituent, avec 17,43% ( $n=42/241$ ) des prescriptions, la deuxième antibiothérapie prescrite par argument de fréquence, après la pristinamycine ;
- en Vendée, elles arrivent seulement en troisième position avec 19,57% ( $n=27/138$ ) des prescriptions, derrière les synergistines et l'amoxicilline-acide clavulanique.

Elles sont, le plus souvent utilisées par voie orale, pour une durée moyenne de traitement de 12,48 jours.

Les pénicillines A sont prescrites pour 66,67% ( $n=46/69$ ) d'entre elles à la posologie de 3 grammes par 24 heures, 11,60% ( $n=8/69$ ) à la posologie de 4 à 4,5 grammes par jour.

Les pénicillines M, 17,18% ( $n=68/379$ ) de l'antibiothérapie utilisée, sont prescrites pour une durée de 11,75 jours en moyenne, et essentiellement, pour 52,94%, ( $n=36/68$ ) des patients, à la posologie de 2 grammes par 24 heures.

Elles sont avec les pénicillines A, la deuxième antibiothérapie prescrite, par argument de fréquence, en Loire Atlantique (17,43% des ordonnances) ; elles arrivent en quatrième position en Vendée avec 18,84% ( $n=26/138$ ) des prescriptions.

Les pénicillines G représentent 5,80% ( $n=22/379$ ) des antibiotiques prescrits.

Elles sont le plus souvent prescrites pour une durée supérieure aux autres pénicillines, 36,36% d'entre elles le sont pour 2 à 3 semaines (en moyenne : 14,40 jours).

27,27% ( $n=6/22$ ) des pénicillines G sont utilisées à la posologie de 4 millions d'unités par 24 heures.

Elles constituent l'essentielle de l'antibiothérapie prescrite par voie intramusculaire.

Le type de pénicilline prescrite n'a pas été précisé par 7 praticiens (6 en Loire Atlantique et 1 en Vendée) ; elles sont répertoriées « pénicillines sans précision » et l'analyse de leurs posologies n'est donc pas réalisable.

#### 3.11.1.4. L'Amoxicilline-acide clavulanique

L'association amoxicilline-acide clavulanique est significativement ( $p=0,0049$ ) plus prescrite en Vendée qu'en Loire Atlantique.

Elle représente, avec 23,91% ( $n=33/138$ ) des prescriptions, le deuxième antibiotique par argument de fréquence en Vendée et est, au contraire, utilisée dans seulement 12,45% ( $n=30/241$ ) des cas en Loire Atlantique.

La durée moyenne d'une prescription est de 12,97 jours (63,49% des médecins généralistes prescrivent l'amoxicilline-Acide clavulanique pour une durée variant de 1 à 2 semaines).

Cette durée de prescription est statistiquement ( $p=0,583$ ) identique entre les 2 départements.

En Vendée, 87,88% ( $n=29/33$ ) des médecins généralistes et 73,33% ( $22/30$ ) en Loire Atlantique prescrivent cette association à la posologie de 3 grammes par 24 heures ( $p=0,075$ ).

#### 3.11.1.5. Les Macrolides

Les macrolides, 3,43% ( $n=13/379$ ) de l'antibiothérapie globale, sont essentiellement prescrits par voie orale en 2 prises par jour ; il n'existe pas de différence statistique ( $p=0,296$ ) entre les 2 départements, en ce qui concerne leur fréquence d'utilisation.

Les posologies sont difficilement comparables puisque les molécules prescrites ne sont pas identiques ; il s'agit de :

- la roxitromycine prescrite par 7 praticiens, à la posologie de 300 milligrammes par 24 heures.
- la spiramycine : prescrite par 2 praticiens, aux posologies de 1,5 million et 3 millions d'unités par jour.
- la josamycine : prescrite par 2 praticiens, à la posologie de 2 grammes par 24 heures.
- l'érythromycine : prescrite par 1 praticien, à la posologie de 2 grammes par jour.
- la clarithromycine : prescrite par 1 praticien, à la posologie de 1,5 gramme par 24 heures, posologie difficilement interprétable car habituellement adaptée au poids du patient.

Les durées de prescription ne sont statistiquement ( $p=0,157$ ) pas différentes entre les 2 départements ; 61,54% ( $n=8/13$ ) des prescriptions ont une durée de 1 à 2 semaines, la durée moyenne étant de 14,58 jours.

#### 3.11.1.6. Les Céphalosporines

Les céphalosporines représentent 2,90% ( $n=11/379$ ) de l'antibiothérapie prescrite ; elles se divisent en céphalosporines de 1<sup>ère</sup> génération (0,53%,  $n=2/379$ ) et céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (2,37%,  $n=9/379$ ).

La fréquence d'utilisation des céphalosporines n'est cependant pas différente ( $p=0,547$ ) entre les deux départements.

Seuls 2 praticiens exerçant en Loire Atlantique ont prescrit une céphalosporine de première génération :

- céfadroxil : 1 patient, à la posologie de 3 grammes par 24 heures.
- céfazoline : 1 patient, à la posologie de 2 grammes par 24 heures.

Les céphalosporines de troisième génération sont représentées par :

- la ceftriaxone prescrite pour 7 patients à la dose de 1 gramme par 24 heures.
- le céfotaxime prescrit pour 1 patient à la posologie de 2 grammes par jour.

Les durées de prescription sont de l'ordre de 1 à 2 semaines sans différence statistique ( $p=0,540$ ) entre les 2 départements ; les céphalosporines de troisième génération sont en moyenne prescrites pour une durée plus brève (8,22 jours) que les céphalosporines de première génération (11,50 jours).

#### 3.11.1.7. Les Antibiotiques stéroïdiques

Neuf médecins ont prescrit un antibiotique stéroïdique (acide fusidique) en première intention.

55,56% ( $n=5/9$ ) les ont prescrits à la posologie de 1,5 gramme par 24 heures. La posologie prescrite est statistiquement ( $p=0,099$ ) la même entre les 2 départements.

Les durées des prescriptions sont significativement ( $p=0,028$ ) différentes ; 80% ( $n=4/5$ ) des praticiens de Loire Atlantique ont prescrit les antibiotiques stéroïdiques pour une durée de 2 à 3 semaines alors que 75% ( $n=3/4$ ) des médecins vendéens les ont prescrits pour 1 à 2 semaines.

#### 3.11.1.8. Les Sulfamides

Seul 1 médecin généraliste, vendéen, a prescrit, en première intention, un sulfamide oral à la posologie de 2 grammes par jour, pour une durée de 10 jours.

#### 3.11.1.9. Associations d'antibiotiques

34 praticiens ont prescrit une deuxième antibiothérapie :

- 7 l'ont prescrite en association avec la première.
- 23 médecins ont modifié l'antibiothérapie prescrite en première intention,
  - pour 19 malades, le relais s'est fait en utilisant le même antibiotique mais avec des posologies réduites,
  - pour 4 patients, ce changement est lié à un échec de l'antibiothérapie initiale.
- 4 praticiens n'ont pas précisé si il s'agissait d'une association ou d'un relais.

### 3.11.2. Traitement anticoagulant

#### 3.11.2.1. Généralités

43,01% ( $n=163/379$ ) des patients ont reçu un traitement anticoagulant.

Parmi certaines de ces réponses :

- 17 praticiens ont répondu « oui » à cette question en précisant que le patient recevait déjà un traitement anticoagulant.
- 6 praticiens ont répondu « non », en précisant que le malade était déjà traité :
  - par anticoagulant : 2 patients,
  - par aspirine : 2 patients,
  - par du clopidogrel : 1 patient,
  - par du dipyridamole : 1 patient.

### 3.11.2.2. Répartition des traitements anticoagulants par département

Traitement anticoagulant	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	139	57,68%	75	54,35%	214	56,46%
Oui	102	42,32%	61	44,20%	163	43,01%
NR	0	0,00%	2	1,45%	2	0,53%
Total	241	100%	138	100%	379	100,00%

En Loire Atlantique, 42,32% (n=102/241) des patients et 44,20% (n=61/138) en Vendée ont reçu un traitement anticoagulant, sans différence statistique (p=0,634) entre les 2 départements.

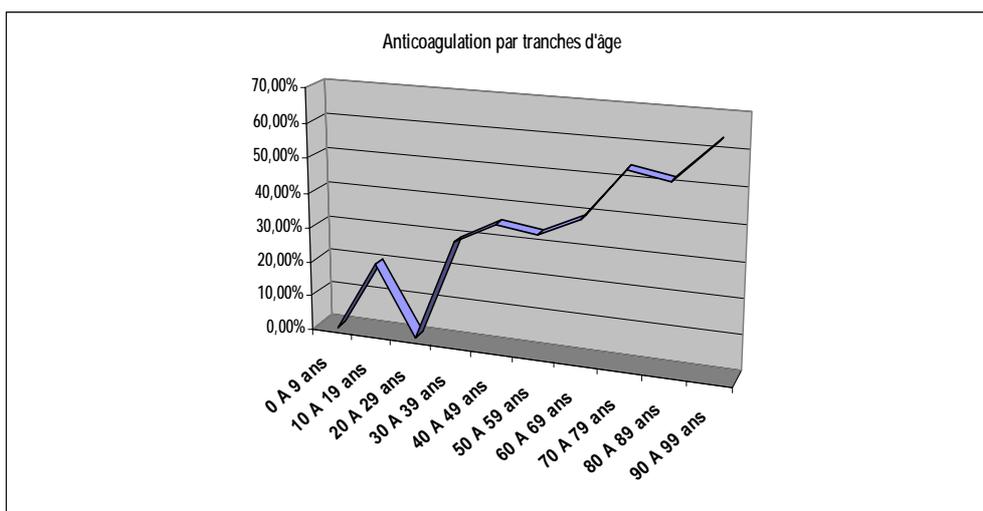
### 3.11.2.3. Répartition des traitements anticoagulants selon le sexe

Traitement anticoagulant	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	107	50,47%	100	62,50%	7	100,00%	214	56,46%
Oui	105	49,53%	58	36,25%	0	0,00%	163	43,01%
NR	0	0,00%	2	1,25%	0	0,00%	2	0,53%
Total	212	100%	160	100%	7	100,00%	379	100,00%

49,53% (n=105/212) des femmes et 36,25% (n=58/160) des hommes ont reçu un traitement anticoagulant avec un nombre de prescriptions d'anticoagulants significativement (p=0,014) supérieur pour les femmes.

### 3.11.2.4. Répartition des traitements anticoagulants par tranches d'âge

Tranches d'âge	Non		Oui		NR		Total	
0 A 9 ans	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
10 A 19 ans	4	80,00%	1	20,00%	0	0,00%	5	100,00%
20 A 29 ans	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	100,00%
30 A 39 ans	12	70,59%	5	29,41%	0	0,00%	17	100,00%
40 A 49 ans	29	64,44%	16	35,56%	0	0,00%	45	100,00%
50 A 59 ans	42	64,62%	22	33,85%	1	1,54%	65	100,00%
60 A 69 ans	38	60,32%	25	39,68%	0	0,00%	63	100,00%
70 A 79 ans	49	44,95%	59	54,13%	1	0,92%	109	100,00%
80 A 89 ans	23	47,92%	25	52,08%	0	0,00%	48	100,00%
90 A 99 ans	4	36,36%	7	63,64%	0	0,00%	11	100,00%
NR	8	72,73%	3	27,27%	0	0,00%	11	100,00%
Total	214		163		2		379	



L'incidence des traitements anticoagulants croit progressivement à partir de 30 ans, le nombre des prescriptions devenant significativement supérieur aux autres tranches d'âge, entre 70 et 79 ans ( $p=0,006$ ) et 80 à 89 ans ( $p<0,0001$ ).

A partir de 70 ans, plus de 50% des malades de chaque tranche d'âge sont traités par anticoagulant contre seulement 1,58% ( $n=6/379$ ) des patients de moins de 40 ans.

### 3.11.2.5. Motifs de prescription des traitements anticoagulants

#### Répartition des motifs de prescription des traitements anticoagulants par département

	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Anticoagulation devant le terrain	63	61,76%	43	70,49%	106	65,03%
Anticoagulation systématique dans cette maladie	43	42,16%	23	37,70%	66	40,49%
Anticoagulation après résultat du doppler	17	16,67%	4	6,56%	21	12,88%

Parmi les 163 médecins généralistes qui ont prescrit un traitement anticoagulant :

- 65,03% ( $n=106/163$ ) des praticiens justifient leur prescription par la présence de facteurs de risque de thrombose veineuse sans que l'on puisse constater de différence statistique ( $p=0,245$ ) entre les deux départements ;
- 40,49% ( $n=66/163$ ) des traitements anticoagulants prescrits ont été instaurés à titre systématique lors de toute prise en charge d'un érysipèle, 42,16% ( $n=43/102$ ) des prescriptions en Loire Atlantique et 37,70% ( $n=23/61$ ) en Vendée, sans que l'on note de différence significative ( $p=0,685$ ) entre les deux départements.
- 12,88% ( $n= 21/163$ ) des anticoagulants sont prescrits après la réalisation d'un écho doppler veineux des membres ; il n'existe pas de différence statistique ( $p=0,085$ ) entre les deux départements.

Un traitement anticoagulant est systématiquement prescrit par 17,41% ( $n=66/379$ ) des médecins généralistes de cette étude lors du diagnostic d'un érysipèle.

## Répartition des motifs de prescription des traitements anticoagulants selon le sexe

	Féminin		Masculin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Anticoagulation devant le terrain	71	67,62%	35	60,34%	106	65,03%
Anticoagulation systématique dans cette maladie	45	42,86%	21	36,21%	66	40,49%
Anticoagulation après résultat du doppler	14	13,33%	7	12,07%	21	12,88%

Les motifs de prescription d'un traitement anticoagulant sont statistiquement ( $p > 0,05$ ) identiques entre les deux sexes hormis pour les prescriptions justifiées par la présence d'un terrain à risque où leur nombre est statistiquement ( $p = 0,033$ ) supérieur chez les femmes.

### 3.11.2.6. Traitement anticoagulant préventif/curatif ?

Les prescriptions d'un traitement anticoagulant à doses préventives sont significativement ( $p < 0,0001$ ) prédominantes puisqu'elles représentent 77,30% ( $n = 126/163$ ) des modalités de traitement ; 5,52% ( $n = 9/163$ ) des patients ont reçu un traitement anticoagulant à des posologies curatives et 1,23% ( $n = 2/163$ ) des patients ont reçu ce traitement à des doses préventives et curatives sans que soit précisée la chronologie de ce traitement.

### 3.11.3. Traitement local sur l'érysipèle

#### 3.11.3.1. Répartition des prescriptions du traitement local sur l'érysipèle

##### Répartition des prescriptions d'un traitement local sur l'érysipèle par département

Traitement local sur l'érysipèle	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	122	50,62%	77	55,80%	199	52,51%
Oui	113	46,89%	59	42,75%	172	45,38%
NR	6	2,49%	2	1,45%	8	2,11%
Total	241	100,00%	138	100,00%	379	100,00%

Un traitement local est prescrit sur l'érysipèle par 45,38% ( $n = 172/379$ ) des médecins généralistes sans que l'on note de différence statistique ( $p = 0,381$ ) entre les deux départements.

Il n'y a pas de réponse à cet item pour 8 patients (2,11%,  $n = 8/379$ ) de cette étude.

##### Répartition des prescriptions d'un traitement local sur l'érysipèle selon le sexe

Traitement local sur l'érysipèle	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	115	54,25%	81	50,62%	3	42,86%	199	52,51%
Oui	91	42,92%	77	48,13%	4	57,14%	172	45,38%
NR	6	2,83%	2	1,25%	0	0,00%	8	2,11%
Total	212	100%	160	100%	7	100%	379	100%

Il n'existe pas de différence statistique ( $p = 0,387$ ) entre les deux sexes quant à l'incidence des prescriptions d'un traitement local sur l'érysipèle.

### 3.11.3.2. Modalités des traitements locaux

Les traitements locaux prescrits sont très variables selon les praticiens et souvent, plusieurs molécules sont associées :

- antiseptique local : 112 patients
- antibiotique local : 29 patients, essentiellement de l'acide fusidique
- sérum physiologique : 8 patients (sérum physiologique seul pour 4 malades, en association avec un antiseptique pour 3)
- colorant antiseptique : 9 patients
- pansement alcoolisé : 4 patients
- pansements gras : 10 patients
- bleu de méthylène : 1 patient
- radioprotecteur : 4 patients
- antimycotique : 4 patients
- corticoïde : 1 patient
- anti-inflammatoire non stéroïdien : 1 patient
- eau savonneuse : 3 patients
- antiphlogistique : 1 patient

### 3.11.4. Traitement de la porte d'entrée

#### 3.11.4.1. Répartition des prescriptions du traitement de la porte d'entrée

Répartition des prescriptions du traitement de la porte d'entrée par département

Traitement de la porte d'entrée	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	80	33,20%	41	29,71%	121	31,93%
Oui	157	65,14%	93	67,39%	250	65,96%
NR	4	1,66%	4	2,90%	8	2,11%
Total	241	100,00%	138	100,00%	379	100,00%

En moyenne, 65,96% (n=250/379) des praticiens interrogés ont traité la porte d'entrée de l'érysipèle sans différence statistique (p=0,121) entre les deux départements.

Répartition des prescriptions du traitement de la porte d'entrée selon le sexe

Traitement de la porte d'entrée	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	73	34,44%	45	28,13%	3	42,86%	121	31,93%
Oui	131	61,79%	115	71,87%	4	57,14%	250	65,96%
NR	8	3,77%	0	0,00%	0	0,00%	8	2,11%
Total	212	100%	160	100%	7	100%	379	100%

Chez l'homme, 71,88% (n=115/379) des portes d'entrée identifiées sont traitées contre seulement 61,79% (n=131/212) chez la femme, sans que la différence ne soit significative (p=0,121) entre les deux sexes.

### 3.11.4.2. Portes d'entrée non traitées

#### Répartition des portes d'entrée non traitées par département

Porte d'entrée non traitée	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Intertrigo inter-orteils	2	2,90%	2	3,77%	4	3,28%
Plaie chronique	6	15,00%	5	19,23%	11	16,67%
Dermatose excoriée	20	21,98%	12	27,91%	32	23,88%

Parmi les intertrigos inter-orteils mis en évidence 3,77% en Loire Atlantique et 2,90% en Vendée n'ont pas été traités.

De même, dans les deux départements, le nombre de dermatoses excoriées et de plaies chroniques non prises en charge lors du diagnostic d'érysipèle est important puisqu'il est supérieur à 21% pour les dermatoses excoriées et 15% pour les plaies.

#### Répartition des portes d'entrée non traitées selon le sexe

Porte d'entrée non traitée	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Intertrigo inter-orteils	3	5,36%	0	0,00%	1	33,33%	4	3,28%
Plaie chronique	6	15,38%	4	15,38%	1	100,00%	11	16,67%
Dermatose excoriée	18	23,68%	13	23,64%	1	33,33%	32	23,88%

Chez les femmes, 5,36% des intertrigos inter-orteils diagnostiqués n'ont pas été traités alors que tous ont été pris en charge chez l'homme, la différence n'est cependant pas significative ( $p=0,063$ ).

15,38% des plaies chroniques et plus de 23% de dermatoses excoriées n'ont pas été traitées ni chez les femmes ni chez les hommes.

Ces résultats sont statistiquement similaires ( $p>0,05$ ) entre la Loire Atlantique et la Vendée.

### 3.11.4.3. Modalités de traitement des portes d'entrée

En ce qui concerne le traitement de l'intertrigo inter-orteils, 79 praticiens ont prescrit un antifongique ;

36 praticiens n'ont pas utilisé d'antimycotiques mais un autre traitement :

- antiseptique local : 30 praticiens
- antibiotique local : 4 praticiens
- colorant antiseptique : 1 praticien
- bleu de méthylène : 1 praticien

Dans 4 questionnaires, le traitement prescrit contre l'intertrigo n'est pas précisé.

Nous ne connaissons pas le traitement des 17 patients, avec intertrigo inter-orteils, qui ont été hospitalisés.

Le traitement local des dermatoses excoriées est très varié et repose essentiellement sur l'utilisation d'antiseptiques, de corticoïdes, d'une antibiothérapie, de pansements gras hydrosolubles ou hydrocolloïdes, bleu de méthylène...

Le traitement des plaies chroniques est lui aussi très divers et varie selon les plaies.

### 3.11.5. Traitement anti-inflammatoire

#### 3.11.5.1. Généralités

Dans l'étude, 8,71% (n=33/379) des malades ont reçu un traitement anti-inflammatoire :

- pour 6,33% (n=24/379) des malades de l'étude, il s'agit d'un traitement instauré lors de la prise en charge de l'érysipèle,
- pour 1,05% (n=4/379) des malades, de la poursuite du traitement habituel,
- pour 5 des patients (1,32%), il n'est pas précisé quand a eu lieu l'instauration du traitement anti-inflammatoire.

#### Répartition des anti-inflammatoires prescrits

Classe pharmacologique	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Acide niflumique	4	21,05%	2	14,29%	6	18,18%
Acide tiaprofénique	1	5,26%	1	7,14%	2	6,06%
Aspirine	1	5,26%	0	0,00%	1	3,03%
Corticothérapie	3	15,79%	2	14,29%	5	15,15%
Diclofénac	0	0,00%	2	14,29%	2	6,06%
Ibuprofène	6	31,58%	1	7,14%	7	21,21%
Kétoprofène	2	10,53%	3	21,43%	5	15,15%
Naproxène	1	5,26%	0	0,00%	1	3,03%
Piroxicam	1	5,26%	3	21,43%	4	12,12%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>	<b>33</b>	<b>100,00%</b>

Les habitudes thérapeutiques semblent différentes entre les deux départements.

L'ibuprofène est l'anti-inflammatoire le plus prescrit en Loire Atlantique où il représente 31,58% (n=6/19) des prescriptions.

En Vendée, le piroxicam et le diclofénac sont les plus utilisés, avec chacun 21,43% (n=3/14) des prescriptions.

Ces disparités dans les prescriptions ne sont cependant pas significatives ( $p > 0,05$ ).

#### 3.11.5.2. Répartition des anti-inflammatoires par département

Anti-inflammatoire	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	219	90,87%	120	86,96%	339	89,44%
Oui	19	7,88%	14	10,14%	33	8,71%
NR	3	1,24%	4	2,90%	7	1,85%
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>

La répartition par département des prescriptions d'un traitement anti-inflammatoire montre que le nombre de patients traités par anti-inflammatoire n'est statistiquement ( $p=0,422$ ) pas différent entre les deux départements.

### 3.11.5.3. Répartition des anti-inflammatoires selon le sexe

Anti-inflammatoire	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	189	89,15%	144	90,00%	6	85,71%	339	89,44%
Oui	19	8,96%	13	8,13%	1	14,29%	33	8,71%
NR	4	1,89%	3	1,88%	0	0,00%	7	1,85%
Total	212	100%	160	100%	7	100%	379	100%

Parmi les femmes, 19 ont reçu un traitement anti-inflammatoire :

- pour 14 d'entre elles, ce traitement a été instauré au cours de cet épisode d'érysipèle,
- pour 3 d'entre elles, ce traitement était habituel,
- nous n'avons pas de précision à cet item pour les 2 dernières patientes.

Parmi les hommes, 13 ont été traités par anti-inflammatoires :

- pour 10 d'entre eux, il s'agit d'un traitement introduit au cours de l'érysipèle,
- 1 patient recevait déjà un anti-inflammatoire au long cours pour une pathologie sous jacente,
- pour 2 patients, il n'y a pas de réponse à cet item.

Il n'existe pas de différence ( $p=0,775$ ) dans la fréquence des prescriptions d'anti-inflammatoires entre les deux sexes.

### 3.11.5.4. Traitement local/général ?

La prescription d'anti-inflammatoire par voie générale est significativement ( $p<0,0001$ ) très supérieure à l'utilisation des anti-inflammatoires par voie locale, cela quel que soit le département.

90,91% ( $n=30/33$ ) des anti-inflammatoires prescrits par les médecins généralistes de Loire Atlantique ou Vendée sont utilisés par voie générale ; 2 praticiens (6,06%) n'ont pas répondu à cette question.

Un seul praticien, vendéen, a prescrit un traitement anti-inflammatoire local : le kétoprofène.

### 3.11.5.5. Traitement de novo/habituel?

Plus de 72% des praticiens ( $n=24/33$ ) ont débuté un traitement anti-inflammatoire une fois le diagnostic d'érysipèle posé, 15 médecins exerçant en Loire Atlantique et 9 (27,27%) en Vendée ;

4 patients (12,12%) étaient déjà traités au long cours pour une pathologie sous jacente avec :

- Corticothérapie : 1 patient
- Diclofénac : 2 patients
- Piroxicam : 1 patient

Ainsi, parmi les patients traités par anti-inflammatoire, il s'agit donc le plus souvent, et cela de façon très significative ( $p<0,0001$ ), d'un traitement instauré par le praticien au cours de l'épisode d'érysipèle.

## 3.12. HOSPITALISATION

### 3.12.1. Généralités

#### 3.12.1.1. Répartition des hospitalisations par département

	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation primaire	20	40,82%	17	58,62%	37	47,44%
Hospitalisation secondaire	27	55,10%	10	34,48%	37	47,44%
NR	2	4,08%	2	6,90%	4	5,13%
Total	49	100%	29	100%	78	100%

Plus de 16% (n=78/460) des patients ont été hospitalisés, 82,39% (n=379/460) ont eu une prise en charge strictement ambulatoire.

Il n'y a pas de réponse à cette question dans 3 questionnaires (1 en Loire Atlantique et 2 en Vendée).

49 malades sur les 291 traités (16,83%) en Loire Atlantique et, 29 patients sur les 169 (17,16%) en Vendée ont été hospitalisés, sans que l'on ne constate de différence significative (p=0,979) entre les deux départements.

#### 3.12.1.2. Répartition des hospitalisations selon le sexe

	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation primaire	19	44,19%	17	50,00%	1	100,00%	37	47,44%
Hospitalisation secondaire	23	53,49%	14	41,18%	0	0,00%	37	47,44%
NR	1	2,33%	3	8,82%	0	0,00%	4	5,13%
Total	43	100%	34	100%	1	100%	78	100%

16,73% (n=43/257) des femmes et 17,43% (n=34/195) des hommes de cette étude ont été hospitalisés (p=0,843).

Parmi les 78 patients hospitalisés, 55,13% (n=43/78) étaient des femmes et 43,59% (n=34/78) des hommes (p=0,147).

Trois patients (3,85% des patients hospitalisés) étaient traités par anti-inflammatoires :

- pour 2 d'entre eux, il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, utilisés par voie générale, introduits lors de la prise en charge de l'érysipèle :

- le premier est hospitalisé d'emblée devant la sévérité des signes généraux,

- le second est adressé en milieu hospitalier 24 heures après le diagnostic d'érysipèle, devant l'aggravation clinique malgré le traitement, la sévérité des signes locaux, la douleur et le désir patient.

- 1 patient est sous acide salicylique sans que l'on sache s'il s'agit ou non du traitement habituel, ni la voie d'administration ; son hospitalisation secondaire (délai ?) est justifiée par une mauvaise évolution de l'érysipèle malgré le traitement, l'âge élevé du patient, la sévérité des signes généraux et locaux et la fragilité du terrain avec risque de décompensation d'une comorbidité associée.

### 3.12.2. Hospitalisation primaire

#### 3.12.2.1. Généralités

Parmi les patients hospitalisés :

- 47,44% (n=37/78) l'ont été dès le diagnostic d'érysipèle ;
- il s'agissait pour 51,35% des femmes (n=19/37) et pour 45,95% d'hommes (n=17/37) ;
- 47,44% (n=37/78) ont été hospitalisés secondairement ;
- 4 praticiens n'ont pas complété cet item.

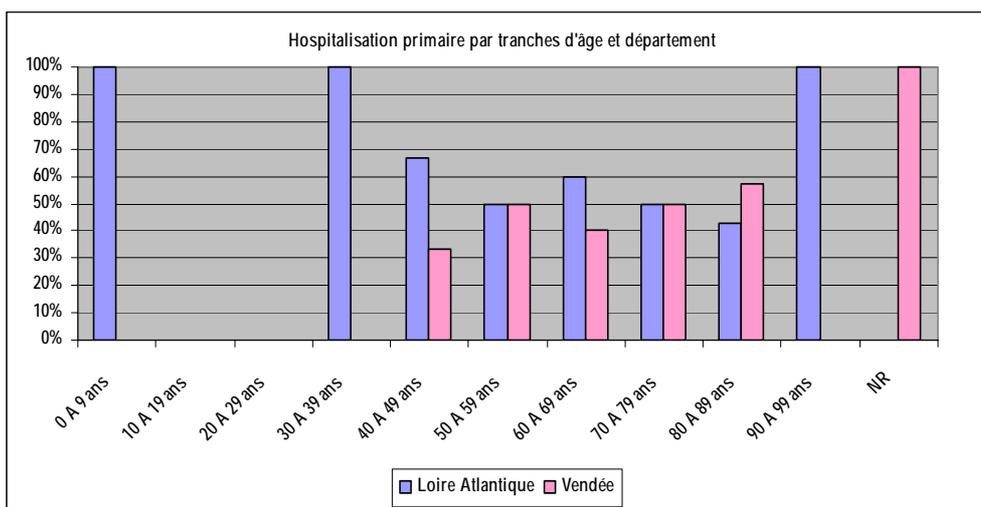
#### 3.12.2.2. Répartition des hospitalisations primaires par département

Plus de 55% des patients vendéens hospitalisés (58,62%, n=17/29) l'ont été d'emblée dès la découverte du diagnostic d'érysipèle contre seulement 40,82% (n=20/78) des patients de Loire Atlantique, sans différence significative entre les deux départements (p=0,091).

Pour 75% des patients de Loire Atlantique hospitalisés d'emblée, il s'agissait du premier épisode d'érysipèle alors qu'il s'agit du premier épisode pour 50% des patients vendéens hospitalisés.

#### 3.12.2.3. Répartition des hospitalisations primaires par tranches d'âge et par département

Tranches d'âge	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 A 9 ans	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
10 A 19 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 A 29 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30 A 39 ans	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
40 A 49 ans	2	66,67%	1	33,33%	3	100,00%
50 A 59 ans	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%
60 A 69 ans	3	60,00%	2	40,00%	5	100,00%
70 A 79 ans	6	50,00%	6	50,00%	12	100,00%
80 A 89 ans	3	42,86%	4	57,14%	7	100,00%
90 A 99 ans	3	100,00%	0	0,00%	3	100,00%
NR	0	0,00%	3	100,00%	3	100,00%
Total	20	54,05%	17	45,95%	37	100,00%

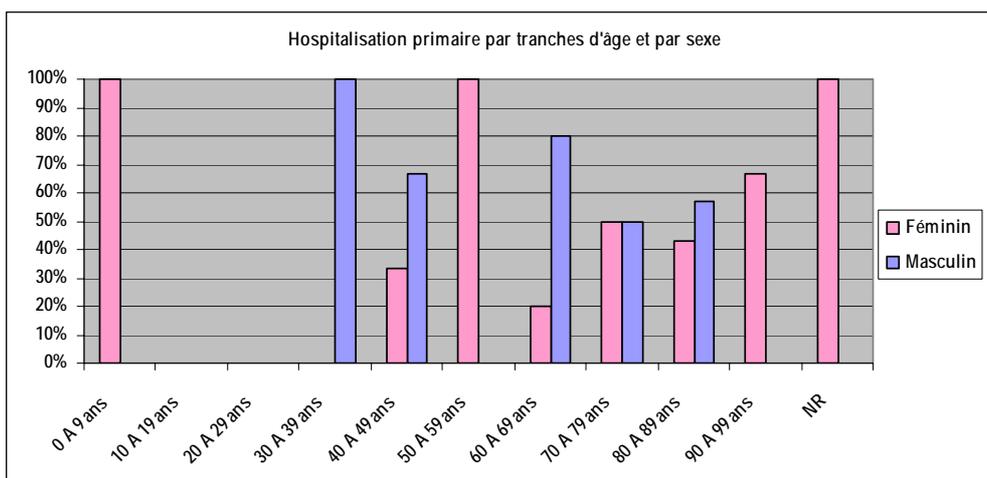


Dans les deux départements, la fréquence des hospitalisations primaires croît progressivement avec l'âge et 59,46% (n=22/37) des patients hospitalisés ont plus de 70 ans.

On constate, aussi, que les patients hospitalisés d'emblée par les praticiens vendéens sont des patients plus âgés, au contraire cette répartition semble moins nette en Loire Atlantique.

#### 3.12.2.4. Répartition des hospitalisations primaires par tranches d'âge et par sexe

Tranches d'âge	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 A 9 ans	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
10 A 19 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 A 29 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30 A 39 ans	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
40 A 49 ans	1	33,33%	2	66,67%	0	0,00%	3	100,00%
50 A 59 ans	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	100,00%
60 A 69 ans	1	20,00%	4	80,00%	0	0,00%	5	100,00%
70 A 79 ans	6	50,00%	6	50,00%	0	0,00%	12	100,00%
80 A 89 ans	3	42,86%	4	57,14%	0	0,00%	7	100,00%
90 A 99 ans	3	66,67%	0	0,00%	1	33,33%	3	100,00%
NR	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%
Total	19	51,35%	17	45,95%	1	2,70%	37	100,00%



La répartition des hospitalisations primaires par tranches d'âge et par sexe montre que les hommes sont hospitalisés plus jeunes que les femmes, cette différence ( $p>0,05$ ) n'étant cependant pas significative.

### 3.12.2.5. Motifs d'hospitalisation primaire

Souvent, l'hospitalisation primaire d'un patient est justifiée par l'association de plusieurs critères.

#### Répartition des motifs d'hospitalisation primaire par département

Motif d'hospitalisation primaire	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age	10	50,00%	11	64,71%	21	56,76%
Fragilité du terrain	11	55,00%	12	70,59%	23	62,16%
Risque de décompensation d'une pathologie sous jacente	6	30,00%	4	23,53%	10	27,03%
Isolement social	5	25,00%	5	29,41%	10	27,03%
Doute quant à l'observance thérapeutique	2	10,00%	2	11,76%	4	10,81%
Désir du patient	3	15,00%	6	35,29%	9	24,32%
Douleur	7	35,00%	8	47,06%	15	40,54%
Sévérité des signes locaux	10	50,00%	11	64,71%	21	56,76%
Sévérité des signes généraux	13	65,00%	15	88,24%	28	75,68%
Suspicion de phlébite	9	45,00%	7	41,18%	16	43,24%
Mauvaise évolution sous traitement	5	25,00%	2	11,76%	7	18,92%
Autre	5	25,00%	4	23,53%	9	24,32%

En Vendée, 1,18% ( $n=2/169$ ) des médecins ont déclaré hospitaliser « systématiquement » leur patient, dès le diagnostic et lors de toute prise en charge d'un érysipèle.

En Loire Atlantique, aucun patient n'a été hospitalisé de façon « systématique » lors du diagnostic d'érysipèle.

La sévérité des signes généraux est le motif d'hospitalisation primaire le plus fréquent par argument de fréquence (75,68%,  $n=28/37$ ), il est retrouvé pour 88,24% ( $n=15/17$ ) des patients hospitalisés en Vendée et 65% ( $n=13/20$ ) des patients en Loire Atlantique sans différence significative ( $p=0,576$ ).

La fragilité du terrain (62,16% des patients), l'âge (56,76%) et la sévérité des signes locaux (56,76%) sont les motifs les plus cités ensuite.

La suspicion de phlébite constitue aussi un motif d'hospitalisation primaire très fréquent, quel que soit le département ( $p=0,60$ ) ou le sexe des patients ( $p=0,60$ ) ; elle est citée pour plus de 41% ( $n=16/37$ ) des hospitalisations.

Le risque de décompensation d'une tare sous jacente ne constitue un critère d'hospitalisation que pour 27,03% ( $n=10/37$ ) des cas sans différence statistique entre les deux départements ( $p=0,195$ ) ni entre les deux sexes ( $p=0,04$ ).

24,32% ( $n=9/37$ ) des médecins hospitalisent les malades à leur demande.

La présence de bulles, d'un purpura pétéchial ou l'association des deux ne semble pas constituer un motif significatif ( $p>0,05$ ) d'hospitalisation primaire, puisque 17,15% ( $n=65/379$ ) des malades avec bulles, 29,29% ( $n=111/379$ ) des malades avec un purpura pétéchial ou 11,08% ( $42/379$ ) des malades associant bulles et purpura pétéchial n'ont pas été hospitalisés.

#### Répartition des motifs d'hospitalisation primaire selon le sexe

Motif d'hospitalisation primaire	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Age	9	47,37%	11	64,71%	1	100,00%	33	56,76%
Fragilité du terrain	13	68,42%	9	52,94%	1	100,00%	23	62,16%
Risque de décompensation d'une pathologie sous jacente	5	26,32%	5	29,41%	0	0,00%	10	27,03%
Isolement social	5	26,32%	5	29,41%	0	0,00%	10	27,03%
Doute quant à l'observance thérapeutique	1	5,26%	3	17,65%	0	0,00%	4	10,81%
Désir du patient	4	21,05%	5	29,41%	0	0,00%	9	24,32%
Douleur	9	47,37%	6	35,29%	0	0,00%	15	40,54%
Sévérité des signes locaux	14	73,68%	7	41,18%	0	0,00%	21	56,76%
Sévérité des signes généraux	15	78,95%	13	76,47%	0	0,00%	28	75,68%
Suspicion de phlébite	9	47,37%	7	41,18%	0	0,00%	16	43,24%
Mauvaise évolution sous traitement	3	15,79%	4	23,53%	0	0,00%	7	18,92%
Autre	6	31,58%	3	17,65%	0	0,00%	9	24,32%

Les critères justifiant l'hospitalisation des femmes et des hommes ne sont pas strictement identiques, cette différence n'étant cependant pas significative ( $p>0,05$ ) entre les deux sexes.

La sévérité des signes généraux représente le premier motif d'hospitalisation par ordre de fréquence, cela quel que soit le sexe du malade.

Alors que la sévérité des signes locaux constitue le deuxième motif d'hospitalisation pour les femmes avec 73,68%, l'âge élevé est au contraire le second motif justifiant l'hospitalisation des hommes avec 64,71%.

La douleur est un critère d'hospitalisation cité pour 47,37% des femmes alors qu'elle ne représente un motif d'hospitalisation que pour 35,29% des hommes.

La suspicion de mauvaise observance thérapeutique est notifiée pour 17,65% des hommes.

Les autres motifs d'hospitalisation primaire cités par les praticiens sont :

- la fièvre élevée : 2 malades
- décompensation d'une tare sous jacente (diabète) : 1 malade
- récurrence d'érysipèle : 2 malades
- phlébite et embolie pulmonaire : 1 malade
- asthénie : 1 malade
- canicule : 1 malade

Enfin, 18,92% (n=7/37) des praticiens ayant hospitalisé « d'emblée » leur patient citent la mauvaise évolution sous traitement comme motif d'hospitalisation, il s'agit là probablement d'une mauvaise interprétation de la question.

### 3.12.3. Hospitalisation secondaire

#### 3.12.3.1. Répartition des hospitalisations secondaires par département

Parmi les 78 patients hospitalisés, 37 (47,44%) l'ont été secondairement :

- 55,10% (n=27/49) des patients hospitalisés en Loire Atlantique,
- 34,48% (n=10/29) des patients hospitalisés en Vendée,
- 4 médecins n'ont pas répondu à cette question.

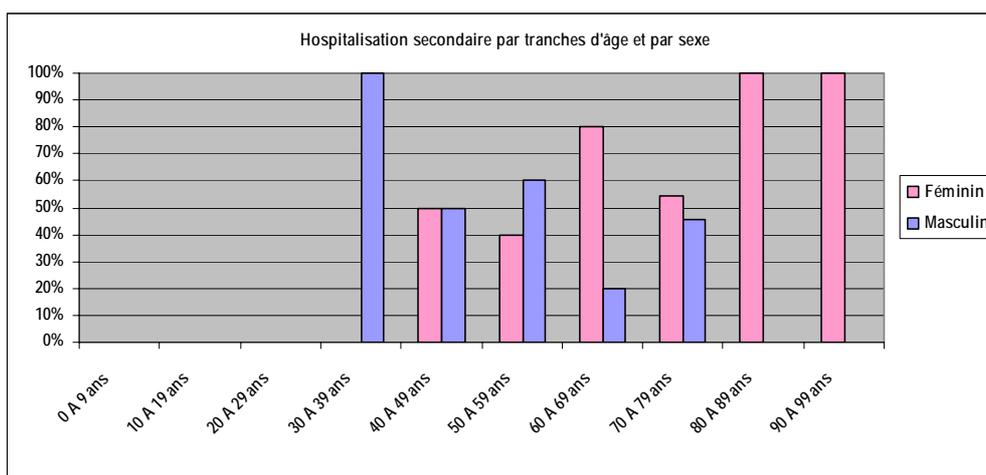
#### 3.12.3.2. Répartition des hospitalisations secondaires par tranches d'âge et par département

Tranches d'âge	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 A 9 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
10 A 19 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 A 29 ans	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30 A 39 ans	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
40 A 49 ans	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%
50 A 59 ans	2	40,00%	3	60,00%	5	100,00%
60 A 69 ans	7	70,00%	3	30,00%	10	100,00%
70 A 79 ans	9	81,82%	2	18,18%	11	100,00%
80 A 89 ans	4	80,00%	1	20,00%	5	100,00%
90 A 99 ans	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
NR	2	100,00%	0	0,00%	2	100,00%
Total	27	72,97%	10	27,03%	37	100,00%

Les hospitalisations secondaires semblent toucher des patients plus jeunes en Vendée par rapport à la Loire Atlantique mais, il n'existe, en fait, pas de différence significative entre les deux départements en ce qui concerne la répartition des hospitalisations par tranches d'âge.

#### 3.12.3.3. Répartition des hospitalisations secondaires par tranches d'âge et par sexe

Les hommes semblent être hospitalisés plus jeunes que les femmes. 35,71% des hommes sont hospitalisés avant 60 ans contre seulement 13,04% des femmes, cette différence n'étant en fait pas significative (p>0,05).



### 3.12.3.4. Délai d'hospitalisation secondaire

Le délai d'hospitalisation est très variable selon les malades et oscille entre 1 et 31 jours. La majorité (59,46%, n=22/37) des hospitalisations survient entre 1 et 5 jours après le début de l'épisode d'érysipèle ( $p < 0,01$ ) :

- 13,51% des patient ont été hospitalisés après 24 heures d'évolution,
- 10,81% après 2 jours d'évolution,
- 10,81% après 3 jours d'évolution,
- 13,51% après 4 jours d'évolution,
- 10,81% après 5 jours d'évolution ;

10% (n=4/37) des patients sont hospitalisés après au moins 15 jours d'évolution de la maladie.

### 3.12.3.5. Motifs d'hospitalisation secondaire

#### Répartition des motifs d'hospitalisation secondaire par département

Motif d'hospitalisation secondaire	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age	7	25,93%	4	40,00%	11	29,73%
Fragilité du terrain	15	55,56%	5	50,00%	20	54,05%
Risque de décompensation d'une pathologie sous jacente	12	44,44%	3	30,00%	15	40,54%
Isolement social	5	18,52%	3	30,00%	8	21,62%
Doute quant à l'observance thérapeutique	5	18,52%	1	10,00%	6	16,22%
Désir du patient	8	29,63%	2	20,00%	10	27,03%
Douleur	12	44,44%	6	60,00%	18	48,65%
Sévérité des signes locaux	16	59,26%	6	60,00%	22	59,46%
Sévérité des signes généraux	17	62,96%	8	80,00%	25	67,57%
Suspicion de phlébite	7	25,93%	4	40,00%	11	29,73%
Mauvaise évolution sous traitement	20	74,07%	9	90,00%	29	78,38%
Autre	3	11,11%	2	20,00%	5	13,51%

Une mauvaise évolution sous traitement est invoquée pour 78,38% (n=29/37) des érysipèles adressés en milieu hospitalier.

Les trois motifs d'hospitalisation cités ensuite restent les mêmes que ceux qui justifient l'hospitalisation d'emblée avec cependant une classification différente puisque la sévérité des signes généraux est citée moins fréquemment (67,57%) alors que la sévérité des signes locaux (59,46%) et la fragilité du terrain sont plus souvent évoqués (54,05%).

Le risque de décompensation d'une tare sous jacente est cité plus fréquemment que lors des hospitalisations primaires.

Même si la différence n'est pas significative entre les deux départements, l'âge ( $p=0,283$ ) et l'isolement social ( $p=0,455$ ) sont des motifs d'hospitalisation plus fréquents en Vendée qu'en Loire Atlantique.

L'âge représente 29,73% ( $n=11/37$ ) des motifs d'hospitalisation secondaire.

#### Répartition des motifs d'hospitalisation secondaire selon le sexe

Motif d'hospitalisation secondaire	Féminin		Masculin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age	5	21,74%	6	42,86%	11	29,73%
Fragilité du terrain	11	47,83%	9	64,29%	20	54,05%
Risque de décompensation d'une pathologie sous jacente	8	34,78%	7	50,00%	15	40,54%
Isolement social	1	4,35%	7	50,00%	8	21,62%
Doute quant à l'observance thérapeutique	2	8,70%	4	28,57%	6	16,22%
Désir du patient	8	29,63%	2	20,00%	10	27,03%
Douleur	12	44,44%	6	60,00%	18	48,65%
Sévérité des signes locaux	14	60,87%	8	57,14%	22	59,46%
Sévérité des signes généraux	14	60,87%	11	78,57%	25	67,57%
Suspicion de phlébite	4	17,39%	7	50,00%	11	29,73%
Mauvaise évolution sous traitement	18	78,26%	11	78,57%	29	78,38%
Autre	3	13,04%	2	14,29%	5	13,51%

L'isolement social ( $p=0,001$ ) et la suspicion de thrombose veineuse profonde associée ( $p=0,044$ ) constituent des facteurs d'hospitalisation secondaire significativement plus fréquents chez l'homme.

Les doutes quant à une bonne observance thérapeutique représentent 16,22% des motifs d'hospitalisation ; ils sont plus souvent cités chez les hommes (28,57%) mais la différence n'est pas significative ( $p=0,131$ ) entre les deux sexes.

Les autres motifs d'hospitalisation secondaire sont :

- fièvre élevée : 2 malades
- décompensation d'une pathologie sous jacente (insuffisance cardiaque) : 1 patient

### **3.13. EVOLUTION**

#### **3.13.1. Evolution favorable**

L'évolution est favorable et sans complications dans plus de 92% (n=426/460) des cas d'érysipèle.

##### **3.13.1.1. Répartition des patients avec évolution favorable par département**

Evolution favorable	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	9	3,09%	4	2,37%	13	2,83%
Oui	269	92,44%	157	92,90%	426	92,60%
NR	13	4,47%	8	4,73%	21	4,57%
Total	291	100%	169	100%	460	100%

L'évolution est identique ( $p=0,654$ ) quel que soit le département ; l'érysipèle a évolué favorablement et sans complications pour 92,44% (n=269/291) des patients de Loire Atlantique et 92,90% (n=157/169) des patients en Vendée.

##### **3.13.1.2. Répartition des patients avec évolution favorable selon le sexe**

Evolution favorable	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	7	2,72%	5	2,57%	1	12,50%	13	2,83%
Oui	240	93,39%	179	91,79%	7	87,50%	426	92,60%
NR	10	3,89%	11	5,64%	0	0,00%	21	4,57%
Total	257	100%	195	100%	8	100%	460	100%

L'évolution de l'érysipèle n'est pas différente ( $p=0,942$ ) que les patients soient des hommes ou des femmes ; elle a été favorable et sans complications pour 93,39% (n=240/257) des femmes et pour 91,79% (n=179/195) des hommes.

#### **3.13.2. Récidives**

##### **3.13.2.1. Répartition des patients avec récurrences par département**

Récidive	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	155	53,26%	96	56,80%	251	54,56%
Oui	35	12,03%	15	8,88%	50	10,87%
NR	101	34,71%	58	34,32%	159	34,57%
Total	291	100%	169	100%	460	100%

Le taux de récurrences n'est pas statistiquement ( $p=0,270$ ) différent entre les deux départements ; il est de 12,03% (n=35/291) en Loire Atlantique et 8,88% en Vendée (n=15/169).

Plus de 30% des praticiens n'ont pas répondu à cette question.

### 3.13.2.2. Répartition des patients avec récurrences selon le sexe

Récurrence	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	144	56,03%	104	53,33%	3	37,50%	251	54,56%
Oui	32	12,45%	18	9,23%	0	0,00%	50	10,87%
NR	81	31,52%	73	37,44%	5	62,50%	159	34,57%
Total	257	100%	195	100%	8	100%	460	100%

Le pourcentage de récurrence n'est pas différent ( $p=0,436$ ) entre les 2 sexes ; il est de 12,45% ( $n=32/257$ ) chez les femmes et de 9,23% ( $n=18/195$ ) chez les hommes.

### 3.13.2.3. Répartition des patients avec récurrences par tranches d'âge

Tranches d'âge	Non		Oui		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 A 9 ans	1	50,00%	1	50,00%	0	0,00%	2	100,00%
10 A 19 ans	3	60,00%	0	0,00%	2	40,00%	5	100,00%
20 A 29 ans	3	75,00%	0	0,00%	1	25,00%	4	100,00%
30 A 39 ans	10	52,63%	0	0,00%	9	47,37%	19	100,00%
40 A 49 ans	26	50,98%	4	7,84%	21	41,18%	51	100,00%
50 A 59 ans	38	51,35%	8	10,81%	28	37,84%	74	100,00%
60 A 69 ans	42	52,50%	8	10,00%	30	37,50%	80	100,00%
70 A 79 ans	79	59,85%	15	11,36%	38	28,79%	132	100,00%
80 A 89 ans	35	57,38%	7	11,48%	19	31,15%	61	100,00%
90 A 99 ans	6	40,00%	5	33,33%	4	26,67%	15	100,00%
NR	8	47,06%	1	5,88%	8	47,06%	17	100,00%
Total	251	54,57%	49	10,65%	160	34,78%	460	100,00%

Le nombre de patients avec récurrences est d'autant plus important que l'âge des malades augmente mais il n'existe cependant pas de tranches d'âge où le taux de récurrences est significativement ( $p>0,05$ ) supérieur.

### 3.13.3. Autres complications

#### 3.13.3.1. Répartition des patients avec complications par département

Autre(s) complication(s)	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	273	93,82%	162	95,85%	435	94,57%
Oui	15	5,15%	3	1,78%	18	3,91%
NR	3	1,03%	4	2,37%	7	1,52%
Total	291	100%	169	100%	460	100%

18 patients sur les 460 ont fait des complications, soit 3,91% des patients de cette étude, certaines complications étant parfois associées.

Le pourcentage des complications n'est statistiquement ( $p=0,07$ ) pas différent entre les deux départements malgré 5,15% ( $n=15/291$ ) de complications en Loire Atlantique contre 1,78% ( $n=3/169$ ) en Vendée.

### 3.13.3.2. Répartition des patients avec complications selon le sexe

Autre(s) complication(s)	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non	243	94,55%	185	94,87%	7	87,50%	435	94,57%
Oui	11	4,28%	6	3,08%	1	12,50%	18	3,91%
NR	3	1,17%	4	2,05%	0	0,00%	7	1,52%
Total	257	100%	195	100%	8	100%	460	100%

Il n'existe pas de différence statistique ( $p=0,517$ ) entre les 2 sexes par rapport à la fréquence de survenue de complications.

### 3.13.3.3. Répartition des patients avec complications par tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
0 A 9 ans	1	5,56%
10 A 19 ans	0	0,00%
20 A 29 ans	0	0,00%
30 A 39 ans	0	0,00%
40 A 49 ans	1	5,56%
50 A 59 ans	2	11,11%
60 A 69 ans	1	5,56%
70 A 79 ans	7	38,89%
80 A 89 ans	4	22,22%
90 A 99 ans	1	5,56%
NR	1	5,56%
Total	18	100,00%

L'incidence des patients avec érysipèle compliqué augmente avec l'âge et, les malades de plus de 70 ans compliquent statistiquement plus ( $p=0,046$ ) leur érysipèle que les patients plus jeunes.

Parmi les complications notifiées :

- Les abcès : 0,65% ( $n=3/460$ ) des patients de cette étude.

Ils représentent 16,67% des complications ( $n=3/18$ ), exclusivement en Loire Atlantique.

Ils surviennent essentiellement chez des patients âgés de 70 à 79 ans ( $n=2/3$ ).

- Les fasciites nécrosantes : 0,43% ( $n=2/460$ ) des malades de cette étude.

Elles constituent 11,11% des complications ; elles sont signalées exclusivement chez des patientes de Loire Atlantique âgées de 70 à 79 ans.

- Les décès : 0,65% ( $3/460$ ) des patients de cette étude.

Ils représentent 16,67% ( $n=3/18$ ) des complications avec 3 décès répertoriés en Loire Atlantique, aucun en Vendée et sont survenus chez des patients plus âgés (2 patients ont entre 80 et 89 ans, 1 patient entre 90 et 99 ans).

- Les autres complications concernent 2,39% ( $n=11/460$ ) des patients de cette étude ; elles représentent 61,11%, ( $n=11/18$ ) des complications et sont réparties comme suit :

- choc septique et embolie pulmonaire : 1 patient

- œdème séquellaire du membre : 4 patients
- hypodermite résiduelle : 1 patient
- allergie médicamenteuse : 1 patient
- hématome du mollet surinfecté sous traitement anticoagulant préventif : 1 patient
- décompensation d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire avec déglobulinisation, hémorragique, secondaire à l'introduction des antivitamines K : 1 patient
- délirium trémens : 1 patient
- décompensation de diabète : 1 patient

### **3.14. DUREE DE L'EPISODE**

#### **3.14.1. Répartition de la durée des épisodes par département**

Durée de l'épisode	Loire Atlantique		Vendée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Moins de 1 semaine	9	3,09%	9	5,33%	18	3,91%
De 1 à 2 semaines	111	38,14%	64	37,87%	175	38,04%
De 2 à 3 semaines	69	23,71%	56	33,14%	125	27,17%
De 3 à 4 semaines	40	13,75%	6	3,55%	46	10,00%
De 4 à 5 semaines	19	6,53%	11	6,51%	30	6,52%
De 1 à 2 mois	11	3,78%	8	4,73%	19	4,13%
De 2 à 3 mois	3	1,03%	0	0,00%	3	0,65%
En cours	11	3,78%	5	2,96%	16	3,48%
NR	18	6,19%	10	5,92%	28	6,09%
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100%</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>	<b>460</b>	<b>100%</b>

La durée moyenne des épisodes de notre étude est de 16,41 jours.

Elle varie de moins de 1 semaine à 2 à 3 mois avec, le plus souvent, pour 38,04% (n=175/460) des épisodes, une évolution entre 1 et 2 semaines.

11,30% (n=52/460) ont une durée d'évolution supérieure à 4 semaines.

La durée totale des épisodes n'est statistiquement ( $p>0,05$ ) pas différente entre les deux départements.

A la fin de l'étude, 16 érysipèles (3,48%) étaient encore en évolution.

#### **3.14.2. Répartition de la durée des épisodes selon le sexe**

Durée de l'épisode	Féminin		Masculin		NR		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Moins de 1 semaine	8	3,11%	10	5,13%	0	0,00%	18	3,91%
De 1 à 2 semaines	104	40,47%	68	34,87%	3	37,50%	175	38,04%
De 2 à 3 semaines	69	26,85%	55	28,21%	1	12,50%	125	27,17%
De 3 à 4 semaines	23	8,95%	22	11,28%	1	12,50%	46	10,00%
De 4 à 5 semaines	16	6,23%	13	6,67%	1	12,50%	30	6,52%
De 1 à 2 mois	10	3,89%	8	4,10%	1	12,50%	19	4,13%
De 2 à 3 mois	1	0,39%	2	1,03%	0	0,00%	3	0,65%
En cours	11	4,28%	5	2,56%	0	0,00%	16	3,48%
NR	15	5,84%	12	6,15%	1	12,50%	28	6,09%
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100%</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>460</b>	<b>100%</b>

La durée des épisodes n'est statistiquement ( $p>0,05$ ) pas différente entre les deux sexes.

### 3.14.3. Répartition de la durée des épisodes par tranches d'âge

#### Répartition de la durée des épisodes par tranches d'âge (effectif)

Effectif	Moins de 1 semaine	de 1 à 2 semaines	de 2 à 3 semaines	de 3 à 4 semaines	de 4 à 5 semaines	de 1 à 2 mois	de 2 à 3 mois	En cours	NR	Total
0 A 9 ans	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
10 A 19 ans	1	4	0	0	0	0	0	0	0	5
20 A 29 ans	0	2	1	0	0	0	0	0	1	4
30 A 39 ans	1	9	3	3	0	2	0	0	1	19
40 A 49 ans	2	30	7	5	3	2	0	1	1	51
50 A 59 ans	3	23	22	11	6	2	0	3	4	74
60 A 69 ans	2	33	24	6	3	5	1	2	4	80
70 A 79 ans	7	42	39	14	11	2	2	3	12	132
80 A 89 ans	0	21	18	5	5	5	0	6	1	61
90 A 99 ans	0	4	6	1	1	1	0	0	2	15
NR	1	7	5	1	1	0	0	1	1	17
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>175</b>	<b>125</b>	<b>46</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>460</b>

#### Répartition de la durée des épisodes par tranches d'âge (pourcentage)

Pourcentage	Moins de 1 semaine	de 1 à 2 semaines	de 2 à 3 semaines	de 3 à 4 semaines	de 4 à 5 semaines	de 1 à 2 mois	de 2 à 3 mois	En cours	NR	Total
0 A 9 ans	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100%
10 A 19 ans	20,00%	80,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
20 A 29 ans	0,00%	50,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	100%
30 A 39 ans	5,26%	47,37%	15,79%	15,79%	0,00%	10,53%	0,00%	0,00%	5,26%	100%
40 A 49 ans	3,92%	58,82%	13,73%	9,80%	5,88%	3,92%	0,00%	1,96%	1,96%	100%
50 A 59 ans	4,05%	31,08%	29,73%	14,86%	8,11%	2,70%	0,00%	4,05%	5,41%	100%
60 A 69 ans	2,50%	41,25%	30,00%	7,50%	3,75%	6,25%	1,25%	2,50%	5,00%	100%
70 A 79 ans	5,30%	31,82%	29,55%	10,61%	8,33%	1,52%	1,52%	2,27%	9,09%	100%
80 A 89 ans	0,00%	34,43%	29,51%	8,20%	8,20%	8,20%	0,00%	9,84%	1,64%	100%
90 A 99 ans	0,00%	26,67%	40,00%	6,67%	6,67%	6,67%	0,00%	0,00%	13,33%	100%
NR	5,88%	41,18%	29,41%	5,88%	5,88%	0,00%	0,00%	5,88%	5,88%	100%

Cinq des 6 malades âgés de moins de 19 ans, ont une durée d'évolution de l'érysipèle inférieure à 2 semaines, le dernier n'ayant pas de réponse à cette question.

Le nombre de patients ayant un érysipèle d'évolution prolongée augmente lorsque l'âge des patients s'élève.

## **IV-DISCUSSION**

### **4.1. PLACE ET INTERET DE L'ETUDE**

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne dont l'incidence semble croissante depuis quelques années [8,19,29,32,37,64,68].

Pathologie désormais fréquente, incidence estimée à 10 à 100 cas pour 100 000 habitants par an, elle n'a jusqu'à ce jour fait l'objet que de très rares études, quasiment toutes hospitalières, ce qui explique probablement la diversité de sa prise en charge par les praticiens libéraux confrontés en première ligne à cette pathologie.

Afin de standardiser la conduite à tenir face à cette maladie infectieuse, l'érysipèle a fait l'objet d'une conférence de consensus en janvier 2000 « Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge ».

Les données obtenues dans cette étude permettent de préciser les modalités de la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée. L'objectif de cette partie sera d'analyser cette prise en charge, de la comparer, avec un esprit critique, aux recommandations de la dernière conférence de consensus et d'en tirer les conséquences.

### **4.2. LES BIAIS**

L'étude épidémiologique présentée dans cette thèse est confrontée aux problèmes inhérents aux analyses rétrospectives.

En préambule, nous souhaitons souligner les difficultés pratiques du recueil des informations. Sur les 1696 médecins interrogés, 490 ont répondu ce qui nous donne un taux de réponse de 28,89% et parmi ces réponses, 460 sont réellement exploitables soit 27,12%.

Cinquante trois praticiens n'ont pas saisi leurs coordonnées, 36 médecins en Loire Atlantique et 17 en Vendée ; leur questionnaire a alors été comptabilisé dans le département correspondant au code postal indiqué sur l'enveloppe retour.

Six médecins généralistes ont rapporté des cas d'érysipèle antérieurs à l'année 2000 donc antérieurs à la dernière conférence de consensus.

Ces questionnaires, et notamment leurs données, sont inclus dans notre série ; ils ne modifient pas les résultats statistiques obtenus car leur nombre est très faible.

La valeur des résultats peut être faussée par l'absence de réponses à certaines questions ou par des réponses inadaptées aux questions posées.

Les réponses libres (nombre de cas d'érysipèle rencontrés par an par chacun des praticiens, date du diagnostic, âge du patient, résultats des prélèvements bactériologiques et de l'écho doppler veineux, posologie et durée du traitement antibiotique, traitement local sur l'érysipèle, traitement de la porte d'entrée, durée totale de l'épisode) nécessitent parfois une interprétation lors de la saisie ; il s'agit entre autre pour le traitement local sur l'érysipèle et de la porte d'entrée de regrouper les différentes propositions en classes thérapeutiques.

En ce qui concerne les examens complémentaires, pour l'item « autre » où la réponse attendue est libre, certains médecins ont omis de noter les résultats obtenus, certaines réponses sont imprécises donc non interprétables, enfin, certains praticiens n'ont pas précisé quels examens complémentaires ont été prescrits.

Par ailleurs, il est important de préciser que, malgré un échantillon pourtant important, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des praticiens des deux départements.

### **4.3. RESULTATS STATISTIQUES**

#### **4.3.1. Données épidémiologiques**

Très peu d'études ont, à notre connaissance, analysé la prise en charge de l'érysipèle en médecine générale ; une série a été réalisée par Kopp, Bernard et Schmit de mai à juillet 1999, elle concerne 137 patients de six régions différentes (Alsace, Aquitaine, Centre, Picardie, Champagne-Ardenne et Ile de France) initialement traités par des médecins généralistes [48]. Les autres études concernent toutes des malades pris en charge en milieu hospitalier.

La présente étude concerne 460 patients pris en charge par des médecins généralistes de deux départements de l'ouest de la France : la Loire Atlantique et la Vendée.

Le nombre moyen d'érysipèles auxquels sont confrontés les praticiens interrogés est de 3 à 4 cas par an, sans différence statistique ( $p > 0,05$ ) entre les deux départements.

Plus de 20% des praticiens, tous départements confondus, déclarent prendre en charge plus de 5 patients atteints d'érysipèle par an ; ce chiffre est supérieur à celui de l'étude de Kopp, Bernard et Schmit où seulement 8,1% des praticiens en voient plus de 5 par an [50].

Les cas relatés dans notre série se sont pour plus de 83% d'entre eux déroulés au cours de l'année 2003, année de l'étude.

Alors qu'il ne semble pas exister de recrudescence saisonnière nette dans la majorité des études [17,44], certaines études relèvent une augmentation du nombre de cas d'érysipèle au cours des mois d'été et d'automne [63].

Dans notre étude, on observe une très nette prédominance du nombre des cas d'érysipèle au cours des mois septembre (20% des malades,  $n=92/460$ ) et octobre (22,39% des cas,  $n=103/460$ ) avec un nombre de patients supérieur au cours des saisons d'été et automne ( $p < 0,05$ ).

Cette étude est, cependant, une étude rétrospective et les questionnaires ont été adressés aux médecins généralistes, le 24 octobre 2003.

Il semble donc logique que les cas d'érysipèle rapportés dans notre série se soient déroulés, pour la majorité d'entre eux, les 2 à 3 mois précédents le début de l'étude puisque chaque questionnaire correspond au dernier patient atteint d'érysipèle pris en charge par chacun des médecins.

Il nous est donc impossible de tirer une conclusion de ces résultats.

#### 4.3.2. Données démographiques

Le sex ratio montre une prédominance significative ( $p < 0,0001$ ) des femmes (55,87% de l'effectif étudié) contre 42,39% d'hommes ; il est de 1,32 dans notre étude et correspond aux séries de la littérature où il varie de 0,79 à 2,70 [12,24,28,44,44,48,50,52,62].

Cette prédominance s'explique probablement par la présence plus importante de facteurs de risque majeurs d'érysipèle dans la population féminine, telles que l'insuffisance veino-lymphatique et l'obésité.

L'âge moyen des patients de notre série est de 64,5 ans +/- 16,35 ans avec un âge moyen plus jeune pour les hommes (58,61 +/- 16,80 ans) que pour les femmes (69,02 +/- 14,45 ans) ; il est comparable aux âges moyens décrits dans la littérature qui varient de 59 à 65 ans [8,12,24,37,43,44,50,52,62,63,65].

La répartition des effectifs par tranches d'âge souligne une prédominance non significative ( $p > 0,05$ ) des malades âgés de 70 à 79 ans.

#### 4.3.3. Antécédents d'érysipèle

Il s'agit d'une récurrence d'érysipèle pour 41,52% ( $n=191/460$ ) des patients de notre étude avec 1 antécédent pour 26,70% des patients, 2 antécédents pour 28,27% des patients et 3 antécédents pour 21,47% des patients ; dans l'étude de Crickx et Al., portant sur 111 observations, 23,5% des patients ont déjà au moins un antécédent d'érysipèle [29] ; dans l'étude de Bernard et Al., il s'agit d'une récurrence d'érysipèle pour 28,5% des patients [12].

Ces chiffres confirment que l'un des principaux risques de l'érysipèle est la récurrence estimée à 12% les 6 premiers mois et 29% les 3 années suivantes [17,44,45,46].

Il s'avère donc indispensable de prévenir toute récurrence en traitant la porte d'entrée et en prévenant tous les facteurs de risque lorsque cela est possible.

#### 4.3.4. Localisation de l'érysipèle

L'érysipèle du membre inférieur est prédominant et représente 92,39% des localisations de notre étude ; ce résultat correspond aux données actuelles où cette localisation représente désormais plus de 85% des situations [12,14,24,37,43,52,55,71] voire plus de 93% des localisations dans l'étude de Lanoux et Al. [50].

Ces chiffres semblent s'expliquer par une modification récente des facteurs de risque avec une progression croissante de l'insuffisance veino-lymphatique, de l'obésité, du tabagisme donc de l'artérite et des risques de plaie chronique qui en découlent, l'augmentation de l'espérance de vie accentuant probablement ces éléments.

L'amélioration de l'hygiène et des soins bucco-dentaires ainsi que l'utilisation plus fréquente d'antibiotiques en cas d'infection ORL peut au contraire expliquer la diminution des localisations au niveau du visage.

Cependant, même si sa fréquence diminue depuis plusieurs années, l'érysipèle de la face reste une localisation non exceptionnelle avec un pourcentage qui varie de 1,7% à 10% des érysipèles dans les dernières études ; il est le deuxième par argument de fréquence avec 3,69% des localisations d'érysipèles dans notre étude [11,14,24,37,43,50,52,55,71].

Les localisations aux membres supérieurs et à l'abdomen sont plus rares ; dans notre série, elles représentent successivement 3,04% et 0,22% des cas ; on note 0,22% de localisations au niveau du sein.

Ces résultats sont conformes aux études rencontrées avec des chiffres qui varient de 0,9% à 12% au niveau du membre supérieur [11,14,24,37,43,50,52,55] et de 0,7 à 2,38% au niveau du tronc [11,24,43,52,55].

Les érysipèles des membres inférieurs sont plus souvent unilatéraux contrairement aux érysipèles de la face qui se bilatéralisent plus fréquemment [1,34] ; dans notre étude, 91,29% des érysipèles des membres inférieurs et 92,86% aux membres supérieurs sont unilatéraux, 11,76% des érysipèles de la face sont bilatéraux.

#### 4.3.5. Signes généraux

La fièvre est un signe clinique très fréquent dans l'érysipèle [10,34,50].

Dans les études rétrospectives de Bernard et Al. portant sur 174 érysipèles et de Lorette à propos de 100 malades, l'hyperthermie constitue même un critère de définition de l'érysipèle [8,52].

La fièvre apparaît souvent quelques heures avant les signes cutanés [24,52], atteint son pic en 48 à 72 heures et s'atténue ensuite.

Elle est d'intensité variable, parfois élevée [14,37,66,71], mais demeure inconstante puisque absente dans 15% des érysipèles au moment de leur hospitalisation [14,71].

Dans l'étude de Lanoux et Al. portant sur 118 patients, 67% des patients sont hyperthermiques, avec pour 36,5% une température supérieure à 38,5°C, un patient est au contraire hypothermique [50] ; l'étude de Crickx et Al. retrouve une hyperthermie chez 70,27% des malades [24].

Dans notre série, 73,91% des patients sont fébriles lors du diagnostic.

Les frissons sont quant à eux moins fréquents et sont signalés pour 41,96% des patients de notre étude. Selon Vaillant, les frissons sont un signe trop subjectif pour que leur valeur diagnostique soit étudiée dans l'érysipèle [71].

#### 4.3.6. Signes locaux

L'atteinte cutanée se caractérise par l'apparition d'un placard érythémateux, chaud, œdématié et douloureux qui s'étend rapidement en 4 à 5 jours pour disparaître en 8 à 15 jours [34,71] ; dans les formes typiques, ses bords sont nets avec, au visage un bourrelet périphérique caractéristique [71].

La présence de bulles est fréquente, 31,52% des patients de notre série, 20% des patients dans l'étude de Bernard et Al. [12], et souvent corrélée à l'intensité de l'œdème et à la tension cutanée [71] mais aussi, selon Chartier, et tout comme le purpura, favorisée par l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens[19].

Un purpura pétéchiial n'est pas rare ; on le retrouve chez 14,40% des patients dans la série de Lanoux et Al., 13% dans l'étude de Crickx et Al., 3% pour Lorette et même jusqu'à 43,26% des patients dans notre série [19,24,50,52] ; 13,04% des patients de notre étude ont à la fois un purpura et des bulles.

Des adénopathies satellites et une lymphangite sont fréquentes [19,24,50,52,62].

#### 4.3.7. Facteurs de risque ou comorbidités associées

L'érysipèle est une maladie sporadique et fréquente dont certains facteurs de risque sont désormais bien identifiés.

Dans notre série, 11,52% des patients n'ont aucun facteur de risque, 22,83% ont 1 facteur de risque et 65,65% plusieurs, dont 26,09% des patients avec 2 facteurs de risque.

Si l'on exclut le diabète et l'éthylisme chronique, le nombre de patients sans facteur de risque augmente à 13,04% , 28,56% des patients ont alors 1 seul facteur de risque et 58,70% en ont plusieurs.

Les facteurs de risque locaux sont dominés par l'insuffisance veino-lymphatique (facteur de risque majeur d'érysipèle) présente chez 74,57% des patients de notre série alors qu'elle n'est retrouvée que chez 18% des patients de l'étude de Dupuy et Al. [28].

L'insuffisance veino-lymphatique prédomine de façon très significative ( $p < 0,0001$ ) chez les femmes de notre série ; cette constatation explique probablement la plus grande fréquence des érysipèles dans la population féminine et de ce fait, la différence avec l'étude de Dupuy où le ratio femme-homme est plus faible que dans notre étude.

Parmi les patients de notre étude, 22,61% ont au moins 1 antécédent de thrombose veineuse (antécédent significativement plus présent dans la population féminine  $p < 0,0003$ ) et 20% ont des œdèmes des membres inférieurs d'étiologie autre que l'insuffisance veino-lymphatique.

Les autres facteurs de risque sont plus rares mais leur présence n'est pas négligeable ; 11,30% (essentiellement des hommes) ont une artériopathie et 6,96% des patients ont des antécédents de prothèse articulaire.

Les antécédents de radiothérapie, de lymphadénectomie et de saphénectomie ne sont présents, pour chacun, que dans moins de 5% des situations, ils touchent une population souvent plus jeune et favorisent donc la survenue d'érysipèle chez des malades plus jeunes.

Les facteurs de risque généraux sont essentiellement marqués par l'obésité retrouvée dans 43,70% des cas et prédominante ( $p = 0,002$ ) chez les femmes.

L'immunodépression concerne des patients plus jeunes, elle est signalée dans 3,91% des situations et 16,52% des patients sont diabétiques.

L'éthylisme chronique est une comorbidité associée pour 13,26% des patients et touche particulièrement ( $p < 0,0001$ ) la population masculine âgée de moins de 70 ans dans 54,10% des cas.

Alors que certaines études considèrent l'éthylisme chronique comme un facteur de risque d'érysipèle, que d'autres séries le citent plutôt comme une comorbidité associée à un risque accru d'évolution défavorable [36], l'étude de Dupuy élimine l'association entre érysipèle et éthylisme chronique [28].

Une porte d'entrée est identifiée chez 82,39% des malades de notre série.

Plusieurs séries publiées font état de facteurs favorisants locaux ou généraux.

Une seule étude, contrôlée, réalisée dans 7 hôpitaux français, entre juin 1995 et octobre 1996 par Dupuy et Al., et concernant 167 malades a permis d'identifier les facteurs de risque d'érysipèle. Elle montre que la présence d'un lymphœdème et d'une porte d'entrée constituent les principaux facteurs de risque locaux d'érysipèle.

Par ailleurs, l'obésité est le seul facteur de risque général clairement défini dans cette étude. Elle écarte, selon les auteurs, le rôle de facteur de risque attribué « à tort » au diabète, à l'éthylisme chronique, à l'intoxication tabagique mais aussi à l'existence d'une artérite et d'un antécédent de phlébite.

Il semble important de préciser que cette étude a été réalisée en milieu hospitalier et que la généralisation à une population ambulatoire doit être prudente [28].

Les résultats de notre série concordent avec ceux de Dupuy, et la prédominance, significative ( $p < 0,01$ ), des facteurs de risque majeurs d'érysipèle dans la population féminine mais aussi entre 70 et 79 ans, telles que l'insuffisance veino-lymphatique et l'obésité, explique probablement la survenue plus fréquente des érysipèles chez les femmes et les patients appartenant à cette tranche d'âge [28].

L'identification des facteurs de risque, désormais bien définis, est fondamentale pour la prise en charge au long cours des érysipèles et pour la prévention des récidives.

Nous ne disposons pas, actuellement, d'étude concernant les facteurs de risque de récurrence d'érysipèle. Selon Dupuy, les facteurs de risque de récurrence sont probablement peu différents des facteurs de risque de survenue du premier épisode et il ajoute que la persistance ou la réapparition de ces facteurs chez un sujet ayant déjà fait un érysipèle augmente le risque de récurrence [29].

La connaissance de ces facteurs de risque est fondamentale puisqu'elle permet la réalisation d'une prévention primaire (prise en charge d'une stase veineuse et lymphatique, traitement des intertrigos inter-orteils, de toutes plaies mêmes minimes...) dans la population générale et chez les patients avec autres facteurs de risque d'érysipèle associés (malades avec prothèse articulaire, après saphénectomie pour pontage coronarien, en cas de lymphœdème post-radiothérapie ou post-chirurgical...) [9,10].

La prise en charge de ces facteurs de risque est aussi indispensable pour la prévention des récidives (identification et traitement de toute porte d'entrée, prise en charge au long cours d'une insuffisance veino-lymphatique...) et doit être réalisée dès le premier épisode [31,32].

Au total, les données démographiques et cliniques des patients de notre série sont donc comparables entre les deux départements et aux données de la littérature.

#### 4.3.8. Portes d'entrée suspectées

La recherche d'une porte d'entrée est indispensable lors de toute prise en charge d'érysipèle, dont elle constitue le principal facteur de risque de récurrence.

Elle est mise en évidence pour 67% des patients dans l'étude de Lanoux voire plus de 85% des cas dans l'étude de Dupuy et Al. [11,12,28,50,52,62].

Dans notre série, 82,39% des praticiens ont identifié une ou plusieurs portes d'entrée, un pourcentage non négligeable (17,61%) de médecins n'ayant pu cependant isoler une porte d'entrée.

Les dermatoses chroniques, présentes chez 35,39% des malades en Loire Atlantique ( $p > 0,05$ ), constituent les portes d'entrée d'érysipèle les plus fréquentes dans ce département ; les intertrigos inter-orteils, au contraire, sont significativement ( $p < 0,05$ ) plus fréquents en Vendée où ils représentent le principal mécanisme d'érysipèle identifié chez 36,99% des malades.

La fréquence des intertrigos inter-orteils s'échelonne entre 6 et 33% des patients selon les études [35,62] ; dans notre série, 30,43% des malades ont un intertrigo inter-orteils ; on les observe essentiellement chez des patients plus jeunes avec une prédominance significative ( $p=0,0025$ ) dans la population masculine.

Cette répartition différente des portes d'entrée entre les 2 départements, peut être liée à une incidence croissante des dermatoses dans les milieux urbains (eczéma, dermatites atopiques...) ; la prédominance des intertrigos en Vendée et chez des hommes souvent plus jeunes, pourrait quant à elle s'expliquer par une activité professionnelle agricole et ouvrière plus importante dans ce département nécessitant le port de bottes en caoutchouc et de chaussures de sécurité qui favorisent la macération.

Les plaies chroniques touchent essentiellement des personnes plus âgées (45% ont plus de 70 ans) ; elles représentent 17,83% des portes d'entrée et sont secondaires à une incidence plus importante d'ulcères d'origine artérielle ou veineuse (artérite, insuffisance veineuse lymphatique, diabète...), ainsi qu'à des plaies minimes, parfois négligées et favorisées par l'atrophie cutanée.

Les piqûres d'insecte représentent 1,56% des portes d'entrée d'érysipèle et ne doivent donc pas être ignorées.

Ces données ne correspondent pas à l'étude de Dupuy et Al. où l'ulcère de jambe possède l'odds ratio le plus élevé ; l'intertrigo inter-orteils y est alors moins fréquent, mais selon ce même auteur, son risque attribuable est nettement plus élevé que celui de l'ulcère [29,28].

#### 4.3.9. Examens complémentaires

##### 4.3.9.1. Examens bactériologiques/biologiques

Plus de 55%, (57,77%,  $n=200/379$ ) des médecins interrogés ont fait réaliser des examens complémentaires sans qu'il n'y ait de différence significative ( $p=0,408$ ) entre les deux départements.

Souvent, plusieurs examens complémentaires sont demandés pour un même patient. Parmi ces examens, 17% ( $n=34/200$ ) sont des prélèvements bactériologiques, 7% ( $n=14/200$ ) des prélèvements au niveau de la porte d'entrée et 4,5% ( $n=9/200$ ) des hémocultures.

Onze prélèvements de la porte d'entrée ( $n=11/14$ ) se sont révélés positifs, identifiant le plus souvent un *Staphylococcus aureus* et 2 hémocultures ont permis d'isoler un staphylocoque, notamment un *Staphylocoque aureus* pour l'une d'entre elle.

18 numérations formules sanguines ( $n=18/28$ ) ont décelé une hyperleucocytose, 12 prélèvements sanguins ( $n=12/18$ ) ont révélés une élévation de la C réactive protéine et 7 prélèvements ( $n=7/10$ ), un allongement de la vitesse de sédimentation.

2 praticiens ont fait rechercher des anticorps antistreptolysine qui se sont avérés positifs.

Selon les données actuelles, le diagnostic d'érysipèle reste avant tout clinique dans les formes typiques et la réalisation d'examens complémentaires ne doit pas être systématique.

En effet, la biologie n'est pas spécifique et constitue, simplement, une aide au diagnostic lorsqu'elle associe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la symptomatologie

clinique d'érysipèle. Les prélèvements bactériologiques directs sont de faible rendement. Les hémocultures, très spécifiques du diagnostic, ne sont positives que dans moins de 5% des cas. Les sérologies peu spécifiques nécessitent un délai trop long pour l'obtention des résultats [23,32,37]. Le prélèvement d'une porte d'entrée doit être réalisé mais reste peu sensible [23,32].

Ainsi selon la dernière conférence de consensus, du fait de leur manque de sensibilité ou de leur positivité tardive, l'intérêt des examens bactériologiques est plus d'ordre épidémiologique que diagnostique ; aucun examen bactériologique n'est donc nécessaire dans les formes typiques et en l'absence de signes de comorbidité [32].

#### 4.3.9.2. Echographie doppler

Les demandes d'échographies doppler sont aussi très fréquentes.

Dans notre série, 42,86% des médecins vendéens et 45,87% des médecins de Loire Atlantique ont fait réaliser un écho doppler veineux des membres ; il n'existe pas de différence significative ( $p=0,671$ ) entre les deux départements.

Cet examen complémentaire est demandé à titre systématique lors du diagnostic d'érysipèle par 14,25% des praticiens.

Sur les 171 doppler demandés par les médecins, 60,82% le sont pour éliminer une thrombose veineuse (29,82% des patients avaient au moins un antécédent de phlébite) et 31,58% à titre systématique dans cette maladie.

La peur d'une thrombose veineuse profonde associée constitue l'argument le plus souvent avancé pour justifier cette attitude et expliquer l'instauration souvent systématique d'un traitement anticoagulant ; dans notre étude, la difficulté du diagnostic différentiel entre érysipèle et thrombose veineuse profonde représente le deuxième motif de demandes d'échographies doppler.

La présence d'un œdème créé, pour certains praticiens, une difficulté supplémentaire pour le diagnostic différentiel, d'autant plus que cet œdème persiste.

Il faut pourtant garder à l'esprit que, contrairement à ce que pensent certains médecins, la persistance d'un œdème n'est pas un élément discriminatif en faveur d'une thrombose veineuse profonde car il disparaît souvent tardivement au cours de l'érysipèle non compliqué [32].

Il faut aussi se rappeler que l'insuffisance veino-lymphatique étant le facteur de risque prédominant dans l'érysipèle, la présence d'un œdème des membres est fréquente à l'image de notre étude où 83,04% des patients ont une insuffisance veino-lymphatique et 20,47% des œdèmes des membres inférieurs d'étiologie autre.

Dans notre série, les échographies doppler sont significativement ( $p<0,01$ ) plus demandées chez les femmes ; la présence significative d'un plus grand nombre de facteurs de risque (insuffisance veino-lymphatique, œdèmes des membres inférieurs, obésité, antécédents de phlébites) est une explication probable à cette disproportion entre les 2 sexes ; il en est de même pour les personnes âgées de plus de 60 ans pour lesquelles les écho doppler sont statistiquement ( $p=0,043$ ) plus nombreux.

Les données de la littérature sont rares. Dans plusieurs études et notamment celle de Chartier et Grosshans, l'incidence de survenue des thromboses veineuses profondes, est estimée à 0,7% ; dans les séries où la détection des thromboses veineuses profondes est systématique, l'incidence de survenue d'un accident thromboembolique est de 4,9% [9,54,59,60].

Les résultats de notre étude sont conformes aux données actuelles puisque 4,09% des écho doppler réalisés ont révélé la présence d'une thrombose veineuse profonde.

La dernière conférence de consensus, devant le très faible risque de thrombose veineuse associée, ne recommande pas la réalisation systématique d'un écho doppler veineux des membres ni même l'instauration systématique d'un traitement anticoagulant en l'absence de facteurs de risque de thrombose veineuse définis par le THRIFT [37,59,69].

Les résultats de notre étude nous permettent de constater que ces recommandations ne sont actuellement pas entièrement respectées; la crainte d'une thrombose veineuse profonde avec, très certainement, la nécessité de se rassurer justifient probablement les nombreuses demandes d'examens complémentaires, échographies doppler mais aussi prélèvements biologiques et bactériologiques.

Le faible risque de thrombose veineuse associée à un érysipèle et la faible sensibilité et/ou spécificité des examens biologiques et bactériologiques ne justifient pas la réalisation systématique de tels examens complémentaires dont le coût financier et l'inconfort qui en découle, pour les patients, ne sont pas négligeables : déplacement des malades au cabinet de radiologie avec transport ambulancier, d'une infirmière à domicile pour les prélèvements sanguins, prix des examens biologiques, bactériologiques, de l'échographie doppler... De même, la prescription d'un traitement anticoagulant, à dose préventive ou curative, est habituelle dans l'attente des résultats de l'écho doppler et comporte des risques iatrogènes pour le patient, manifestations hémorragiques, thrombopénie, nécrose cutanée au point d'injection, allergies, élévation des transaminases...

#### 4.3.10. Traitement à domicile

##### 4.3.10.1. Antibiothérapie

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë, non nécrosante, très généralement due à un *Streptococcus pyogenes*, exceptionnellement à d'autres sérotypes de streptocoques (B,C,G...) plus rarement à un staphylocoque [53].

En l'absence de complications, son traitement est exclusivement médical, par opposition aux autres dermo-hypodermite nécrosantes nécessitant le recours à la chirurgie ; il fait appel à une antibiothérapie active sur les germes incriminés, donc en pratique *Streptococcus pyogenes*, et diffusant bien dans les tissus infectés [53].

La responsabilité, au cours de l'érysipèle, du *Staphylococcus aureus* comme agent pathogène ou copathogène est discutée ; peu d'études ont directement mis en évidence ce germe au niveau du siège de l'érysipèle [35]. Le rôle étiopathogénique du *Staphylococcus aureus* est donc possible mais reste limité à une co-infection ou une surinfection et sa responsabilité dans la survenue de l'érysipèle ne peut être acceptée dans tous les cas où ce germe est isolé. Il n'est donc pas possible dans l'état actuel des connaissances de recommander en première intention un antibiotique actif à la fois sur le staphylocoque et sur le streptocoque [35]

Dans notre série, 83,04% des patients ont été traités à domicile avec pour 88% d'entre eux une antibiothérapie orale.

Les synergistines constituent l'antibiothérapie la plus prescrite dans les 2 départements ; elles représentent presque 1/3 (31,95%) des prescriptions en Loire Atlantique et 24,64% en Vendée sans différence statistique ( $p=0,108$ ) entre les 2 départements. Leur durée de prescription oscille entre 1 et 2 semaines avec une moyenne de 11,93 jours ; 54,05% des praticiens les prescrivent à la posologie de 3 grammes par 24 heures et 41,44% des praticiens à la dose de 2 grammes par jour.

La pénicilline A, n'est utilisée que par 17,43% des médecins de Loire Atlantique et 19,57% des médecins en Vendée sans différence significative entre les 2 départements ( $p=0,761$ ). Elle représente la deuxième antibiothérapie prescrite, par argument de fréquence, en Loire Atlantique alors qu'elle n'arrive qu'après les synergistines et l'amoxicilline-acide clavulanique en Vendée. 79,71% des praticiens utilisent les posologies de 3 à 4,5 grammes par jour. La durée moyenne de traitement est de 12,48 jours.

L'association amoxicilline-acide clavulanique, administrée par voie orale, représente la deuxième antibiothérapie prescrite en Vendée avec 23,91% des prescriptions ; cette classe pharmacologique est plus rarement utilisée en Loire Atlantique et concerne 12,45% des patients. La posologie habituelle est de 3 grammes par jour pendant 1 à 2 semaines, en moyenne 12,97 jours.

Les pénicillines M et G représentent respectivement 17,94% et 5,80% des prescriptions. Les pénicillines M sont administrées à la posologie de 2 grammes par 24 heures dans 52,94% des cas et 3 grammes dans 35,29% des cas. La durée du traitement par pénicilline G est de l'ordre de 14 à 15 jours et plus longue que l'antibiothérapie par pénicilline M, prescrite en moyenne pour 11 à 12 jours (11,75 jours).

L'utilisation des macrolides est plus rare ; elle concerne 3,43% des malades et prescrite le plus souvent pour 1 à 2 semaines (14,58 jours en moyenne).

Les céphalosporines, les antibiotiques stéroïdiques et les sulfamides sont des antibiotiques plus exceptionnellement prescrits.

Un praticien semble prendre en charge l'érysipèle d'une façon inhabituelle, il n'a pas utilisé d'antibiothérapie mais un traitement homéopathique.

Si la prise en charge thérapeutique de l'érysipèle s'est quelque peu modifiée avec la possibilité d'un traitement ambulatoire, elle reste cependant très consensuelle.

L'analyse des résultats de notre série nous permet de constater que les prescriptions des médecins généralistes des 2 départements ne sont pas tout à fait conformes aux recommandations de la dernière conférence de consensus de janvier 2000.

En effet, la pénicilline A, qui est actuellement l'antibiotique de référence dans les formes typiques et non compliquées [9,10,54], n'est prescrite que par 18,20% des médecins de notre étude et fréquemment pour une durée de traitement inférieure à 15 jours ; les posologies sont quant à elles le plus souvent respectées.

La synergistine, prescrite par 29,30% des médecins de notre étude, constitue habituellement et selon la conférence de consensus, une antibiothérapie de seconde intention recommandée en cas d'intolérance ou d'allergie à l'amoxicilline [32,53] ; nous n'avons certes pas de précision

quant au nombre de malades ayant de telles contre-indications mais les chiffres obtenus sont beaucoup trop élevés pour que l'on puisse admettre que l'ensemble des malades traités par synergistine puissent présenter de telles contre-indications.

L'association amoxicilline-acide clavulanique, utilisée par 16,62% des praticiens de notre étude n'a, selon la conférence de consensus, pas sa place dans le traitement d'un érysipèle.

Ces prescriptions s'expliquent peut-être par une méconnaissance des dernières recommandations de la conférence de consensus et peuvent présenter quelques inconvénients:

- pour le patient, puisque certains de ces antibiotiques ont plus d'effets secondaires que l'antibiothérapie de référence, c'est le cas de la pristinamycine, qui entraîne plus fréquemment des troubles digestifs, comme l'ont montré Bernard et Al. dans leur étude [9],
- pour l'écosystème avec le risque de sélectionner des bactéries résistantes,
- pour la santé publique, puisque certains antibiotiques ont un coût supérieur à ceux recommandés.

L'utilisation de l'homéopathie, lors de la prise en charge d'un érysipèle, ne fait pas partie des recommandations et n'est pas préconisée par la dernière conférence de consensus.

#### 4.3.10.2. Traitement anticoagulant

Dans notre étude, 43% des praticiens (42,32% en Loire Atlantique et 44,20% en Vendée) ont instauré un traitement anticoagulant, sans que l'on observe de différence significative ( $p=0,634$ ) entre les deux départements.

Il s'agit d'un traitement préventif pour 77,30% des prescriptions et d'un traitement curatif pour 5,52% des patients.

L'âge plus élevé des patients avec érysipèle et souvent plus à risque de thrombose veineuse (sédentarité, mauvais état circulatoire) explique probablement de tels résultats avec un nombre de prescriptions significativement supérieur ( $p<0,05$ ) entre 70 et 89 ans.

L'existence de facteurs de risque thromboemboliques justifie l'introduction d'un tel traitement pour 65% des praticiens, 22,61% des patients de cette étude ayant au moins un antécédent de thrombose veineuse.

Ces traitements anticoagulants sont significativement plus prescrits chez les femmes ( $p=0,014$ ), et cela d'autant plus qu'ils sont justifiés par la présence de facteurs de risque thromboemboliques. La prédominance significative chez les femmes, d'une insuffisance veino-lymphatique ( $p<0,0001$ ), d'antécédents de phlébite ( $p<0,0003$ ) et d'une obésité ( $p=0,002$ ) expliquent probablement la disparité des prescriptions entre les deux sexes.

Très peu d'études ont étudié l'incidence des thromboses veineuses profondes lors des érysipèles [54,59,61].

L'incidence relative calculée des études recherchant une thrombose veineuse profonde est, en fait, estimée entre 0,7% et 4,9% selon les études[32]. Le risque de thrombose veineuse associée à un érysipèle est donc faible en l'absence de facteurs de risque thromboemboliques surajoutés.

Malgré ces chiffres, l'utilisation d'un traitement anticoagulant préventif adjuvant du traitement antibiotique, s'est progressivement imposé comme un standard en France [59].

La dernière conférence de consensus de janvier 2000 ne recommande pas l'instauration systématique d'un traitement anticoagulant curatif ni préventif lors du traitement d'un érysipèle chez un malade avec un risque thromboembolique faible [3,59]. Un traitement antiagrégant n'a pas non plus de place [32]. Seule la présence de facteurs de risque modérés à élevés est une indication à la mise en route d'un tel traitement [59].

Dans notre série, 17,84% des médecins généralistes de Loire Atlantique et 16,66% des médecins vendéens prescrivent encore « systématiquement » ( $p>0,05$ ) un traitement anticoagulant lors du diagnostic d'érysipèle.

Ces chiffres sont cependant inférieurs à ceux de l'enquête de pratique de Kopp et Al., réalisée entre mai et juillet 1999, où 45,9% des médecins généralistes interrogés prescrivent toujours un traitement à visée préventive, 43,7% parfois, et 8,9% jamais [49], ce changement d'attitude s'expliquant peut être, par la diffusion des nouvelles recommandations de la dernière conférence de consensus de janvier 2000.

Contrairement à ce qui est préconisé, quelques médecins prescrivent encore systématiquement un traitement anticoagulant en cas d'érysipèle, peut être par crainte d'une thrombose veineuse associée, peut être par crainte que l'érysipèle puisse favoriser la survenue d'une phlébite ou peut être aussi, plus rarement, par confusion entre la séméiologie de l'érysipèle et d'une thrombose veineuse liée aux difficultés d'appréciations cliniques d'une phlébite sur le membre atteint [59].

La facilité d'emploi des héparines constitue aussi, très probablement, un élément déterminant même s'il n'est jamais évoqué par les auteurs [59].

Il ne faut pas oublier qu'un traitement anticoagulant n'est pas dénué de risques : manifestations hémorragiques, thrombopénie, nécrose cutanée au point d'injection, allergies cutanées ou générales, rhinite, conjonctivite..., il présente aussi un coût non négligeable.

#### 4.3.10.3. Traitement local sur l'érysipèle

Plus de 45% (45,38%) des praticiens de notre série prescrivent un traitement local sur l'érysipèle ; ainsi, 23% des patients ont reçu un traitement antiseptique local, plus de 5% une antibiothérapie locale et 1 patient a reçu un anti-inflammatoire local.

Il semble que cette pratique soit généralisée puisque ces résultats sont comparables à ceux de la série de Kopp, Bernard et Schmit, où 45,9% des médecins généralistes déclarent toujours appliquer un traitement local et 33,3% parfois [48].

La diversité des traitements utilisés par les praticiens prouve l'absence de consensus. En effet, aucune étude n'a évalué l'intérêt d'un traitement local antiseptique, antibactérien ou anti-inflammatoire à visée étiologique ou thérapeutique sur l'érysipèle. Selon la dernière conférence de consensus, il est donc raisonnable de penser qu'un tel traitement n'a aucun intérêt [32].

L'aspect clinique local (peau tendue, érythémateuse, luisante, l'augmentation de la température cutanée, la présence de bulles voire d'un purpura) impressionne fréquemment par son caractère aiguë et par l'intensité des lésions cutanées, extensives les 48 premières heures et souvent dernier signe clinique à disparaître, et explique, probablement, l'incidence élevée des prescriptions des traitements locaux ; cette symptomatologie clinique justifie aussi, très

vraisemblablement mais beaucoup plus rarement, la prescription de topiques anti-inflammatoires par certains praticiens.

L'utilisation de tels traitements locaux, souvent coûteux, exposent aux risques de réactions allergiques locales, de macération sous les pansements fermés, d'apparition de germes résistants aux antibiotiques locaux...

Enfin, seulement 6,52% des praticiens ont précisé avoir prescrit un traitement local de type contention veineuse.

#### 4.3.10.4. Traitement de la porte d'entrée

Plus de 80% (82,39%) des médecins généralistes de notre série ont identifié une porte d'entrée.

Les dermatoses excoriées représentent la majorité des portes d'entrée en Loire Atlantique alors que les intertrigos inter-orteils prédominent en Vendée.

La dernière conférence de consensus recommande la recherche et le traitement adéquat des portes d'entrée ainsi que la lutte contre les facteurs de risque lors de toute prise en charge d'un érysipèle et cela, dès le premier épisode ; ils constituent en effet une stratégie essentielle dans la prévention des récurrences d'érysipèle [4,23,29,32,35].

Dans notre étude, on constate que le nombre de médecins ayant omis de traiter la porte d'entrée est important puisque 18,45% des portes d'entrée identifiées n'ont pas été traitées : 23,88% des dermatoses excoriées mises en évidence, 16,67% des plaies chroniques et 3,28% des intertrigos inter-orteils.

36 patients (25,71%) avec intertrigo inter-orteils n'ont, de plus, pas reçu de traitement antimycotique.

Ces statistiques ne sont pas différentes ( $p>0,05$ ) entre les deux départements ni entre les hommes et les femmes.

Ces données sont différentes de la série de Dupuy où les ulcères de jambe ont l'odds ratio le plus élevé [29]. Selon Dupuy, le risque attribuable aux intertrigos inter-orteils est, cependant, nettement plus élevé que celui des ulcères et il suggère que la suppression de tout intertrigo inter-orteils pourrait permettre, en théorie, d'éviter jusqu'à 60% des érysipèles.

Il ajoute que la survenue d'un érysipèle dans un contexte d'intertrigo inter-orteils est, en fait, due à une effraction de la barrière cutanée secondaire à l'intertrigo, favorisant alors la pénétration sous cutanée du germe à l'origine de l'érysipèle ; la prise en charge de tout intertrigo inter-orteils associe donc un traitement antifongique plus ou moins antibactérien local curatif ou prophylactique, l'élimination des réservoirs des dermatophytes, tels que les ongles, et des mesures d'hygiène, contre la macération, avec port de chaussettes en coton et de chaussures aérées [29].

Les études de la littérature ne différencient pas les facteurs de risque associés à un premier épisode d'érysipèle, des facteurs de risque de survenue des récurrences. Des arguments objectifs permettent, en fait, de penser que ces facteurs de risque sont les mêmes [40].

Certains auteurs suggèrent, sans que cela soit réellement prouvé, que la fréquence des récurrences serait favorisée par un traitement insuffisant du premier épisode ou par un retard dans la mise en route d'un traitement [4,24,62].

Selon Crickx, les récurrences représentent la complication tardive habituelle dans près de 25% des érysipèles des membres inférieurs, dans notre série, il s'agissait d'une récurrence pour 41,52% des patients.

Il semble donc indispensable de sensibiliser les praticiens aux risques majeurs d'érysipèle, notamment chez des patients à risque (insuffisance veino-lymphatique, obésité, radiothérapie, saphénectomie...), et d'insister sur la nécessité de rechercher et de traiter de façon adéquate toute porte d'entrée potentielle d'érysipèle, plaie cutanée, dermatose excoriée et surtout intertrigo inter-orteils chez tout individu.

Cette attitude est la même lors de la prise en charge d'un épisode d'érysipèle afin de limiter le risque de récurrence.

#### 4.3.10.5. Traitement anti-inflammatoire

Plusieurs observations font état de complications infectieuses, parfois à type de fasciites nécrosantes, survenues lors de l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [32,35,41,42].

Au contraire, aucune étude ne justifie l'utilisation de telles molécules lors de la prise en charge d'un érysipèle.

Une seule étude prospective, à propos de 112 patients, réalisée par Bergkvist et Sjöbeck, a comparé l'efficacité d'une association prednisolone et antibiothérapie à une antibiothérapie seule ; elle a montré que dans le groupe prednisolone, le délai de guérison, la durée d'hospitalisation et la durée du traitement antibiotique par voie intra veineuse étaient modestement diminués de 1 jour [6].

Dans l'étude de Kopp, Bernard et Schmit, 42,9% des médecins ont prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens [48].

La place des anti-inflammatoires au cours du traitement des érysipèles est largement controversée dans la littérature et, si les données actuelles ne permettent pas d'établir de façon certaine une relation de cause à effet entre l'utilisation des anti-inflammatoires et les complications infectieuses sévères, l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des corticoïdes est déconseillée par la dernière conférence de consensus sur l'érysipèle de janvier 2000 [32,42]. Pour ces mêmes raisons, les prescriptions d'anti-inflammatoires locaux ne sont actuellement pas non plus recommandées par la conférence de consensus. Elle précise, cependant, que chez un malade traité au long cours par anti-inflammatoire non stéroïdien ou par corticothérapie générale, il n'y a pas lieu de modifier ce traitement de fond lorsqu'il est indispensable [32].

Dans notre série, 6,33% (n=24/379) des praticiens (6,22% en Loire Atlantique et 6,52% en Vendée) ont instauré un traitement anti-inflammatoire au cours de l'érysipèle, sans que l'on observe de différence significative (p=0,775) entre les 2 départements ; 4 malades étaient déjà traités au long cours pour une pathologie sous jacente.

Pour 90,91% (n=30/33) des malades ce traitement est prescrit par voie orale, il est utilisé localement pour 1 malade.

Ces résultats montrent qu'il semble apparaître une véritable crainte à prescrire des anti-inflammatoires et, les dernières recommandations de la conférence de consensus, basées sur le

principe de précaution, et contre-indiquant leurs prescriptions, sont respectées par plus de 93% des praticiens de cette étude.

#### 4.3.11. Hospitalisation

Il n'existe pas de véritables critères d'hospitalisation primaire ou secondaire définis par la conférence de consensus de janvier 2000 [7].

Plusieurs études ont essayé de déterminer les critères motivant l'hospitalisation primaire ou secondaire d'un patient avec un érysipèle mais toutes ont été réalisées à partir de malades déjà hospitalisés et aucune étude n'a été réalisée auprès des médecins généralistes libéraux.

La revue de la littérature peu abondante et strictement hospitalière suggère donc, le plus souvent indirectement, que les motifs principaux d'hospitalisation initiale sont :

- la sévérité du tableau clinique local ou général
- la fragilité du terrain (âge élevé, comorbidités associées avec risque de décompensation secondaire)
- les modalités de traitement avec notamment la nécessité d'un traitement par voie intraveineuse plus facile à réaliser en milieu hospitalier [7].

Le caractère atypique d'un érysipèle [7], la nécessité d'éliminer une phlébite [43] et le contexte social rendant difficile le suivi à domicile constituent trois autres critères fréquents d'hospitalisation.

Dans notre série, 16,96% (n=78/460) des malades ont été hospitalisés, 16,83% (n=49/291) des malades en Loire Atlantique et 17,16 % (n=29/169) des malades en Vendée, sans différence significative entre les deux départements (p=0,929) ni entre les deux sexes (p=0,844), 47,44% des malades l'ont été d'emblée, 47,44% ont été secondairement hospitalisés.

Les motifs d'hospitalisation cités sont similaires à ceux des données actuelles.

L'hospitalisation systématique d'un érysipèle, remise en question lors de la dernière conférence de consensus, ne concerne que 1,18% des malades (en Vendée).

Un même malade associe, souvent, plusieurs critères d'hospitalisation. Dans notre étude, 8,11% des malades hospitalisés ont un facteur de gravité, 18,92% ont 2 facteurs de gravité, 16,22% en ont 3 et 24,32% ont 4 facteurs de gravité.

L'âge élevé du patient est un motif d'hospitalisation fréquent, il est cité pour plus de 50% des malades hospitalisés et la moitié des patients hospitalisés ont un âge supérieur à 70 ans, le plus jeune étant âgé de 3ans, le plus âgé 93 ans.

La décision d'hospitalisation initiale est, le plus souvent, motivée par deux types de critères :

- des critères liés au tableau clinique :

la sévérité des signes généraux justifie 75,68% des hospitalisations de notre série et constitue le motif essentiel d'hospitalisation primaire, la sévérité des signes locaux représente 56,76% des situations.

- des critères liés au terrain :

la fragilité du terrain, l'âge relativement élevé des malades et le risque de décompensation d'une maladie sous jacente sont notifiés respectivement pour 62,16%, 56,76% et 27,03% des patients.

Ces résultats sont similaires à ceux des données actuelles.

Dans l'étude de Jégou et Al., réalisée en 2000 à propos de 145 patients, 89 adressés par un médecin généraliste et 56 s'étant présentés d'eux-mêmes aux urgences, le motif d'hospitalisation le plus fréquent est l'existence d'une maladie associée (diabète, immunodépression, alcoolisme...) ; les malades adressés par les médecins généralistes sont plus âgés et l'érysipèle concerne plus souvent le membre inférieur suspect de thrombose veineuse profonde [43].

Le motif d'hospitalisation principal est l'importance de l'altération de l'état général et la sévérité des signes locaux dans l'étude de Jorüp-Rönström et Al. [44] ; il en est de même pour Cricks et Al. [24] et Lanoux et Al. [50] qui soulignent que l'installation brutale du tableau clinique constitue aussi un motif fréquent d'hospitalisation.

L'enquête de pratique de la prise en charge des dermo-hypodermes bactériennes par les médecins généralistes retrouve parmi les motifs d'hospitalisation cités en premier, l'importance des signes locaux (75%), du terrain (65%) et la sévérité des signes généraux (50%) ; la suspicion de phlébite associée constitue un motif d'hospitalisation dans 13,9% des situations ; la décision de principe représente 10% des cas [48].

Un seul patient, parmi les 17 malades de notre série, avec un érysipèle de la face a été hospitalisé secondairement, la localisation au visage, notamment péri-orbitaire, constituant souvent, bien que ce soit non clairement explicité dans la littérature, un motif d'hospitalisation primaire [7].

91,89% des patients hospitalisés d'emblée ont un érysipèle du membre inférieur, 8,11% un érysipèle du membre supérieur ; parmi les patients hospitalisés secondairement, 97,30% des érysipèles sont localisés au membre inférieur.

La peur d'une thrombose veineuse associée pour certains praticiens de notre étude ou les difficultés du diagnostic différentiel érysipèle-thrombose veineuse profonde pour d'autres motivent 43% des hospitalisations primaires, sans différence significative entre les deux départements ( $p=0,600$ ) ni entre les deux sexes ( $p=0,600$ ) ; ces chiffres doivent être pris en compte aux vues des dépenses de santé qu'engendrent ces hospitalisations et si l'on considère que le risque d'association thrombose veineuse profonde-érysipèle n'est que de 0,7 à 4,9%.

La suspicion de phlébite associée constitue un motif d'hospitalisation pour 7,2% des patients de la série de Cricks et Al. [24].

Dans notre étude, 17,15% ( $n=65/379$ ) des malades ayant des bulles, 29,29% ( $n=111/379$ ) des malades ayant un purpura pétéchial et 11,08% ( $n=42/379$ ) des malades associant les deux n'ont pas été hospitalisés.

Les données de la littérature concernant ces deux facteurs sont en fait contradictoires.

En effet, alors que selon Bernard, l'observation d'un purpura ou de bulles, dans un contexte de dermo-hypodermite bactérienne, représente un critère clinique de gravité qui justifie l'hospitalisation primaire pour la mise en route d'un traitement, la surveillance clinique et la réalisation d'examen complémentaires afin d'éliminer une fasciite nécrosante, une pyomyosite ou toute autre complication [7], d'autres études soulignent que leur présence est fréquente et corrélée à l'intensité de l'œdème [18].

Il n'existe donc pas de consensus imposant l'hospitalisation systématique d'un patient présentant l'un ou l'autre de ces signes cliniques.

Certaines hospitalisations sont justifiées par des difficultés sociales : l'isolement social représente un motif d'hospitalisation pour 27,03% des patients de notre série, sans différence

significative ( $p > 0,05$ ) entre les deux départements ni entre les deux sexes ; le doute quant à une bonne observance thérapeutique du patient est citée dans 10,81% des cas.

Le rôle des assistantes sociales, auxquelles on ne pense pas toujours, devient alors essentiel dans ces situations où, en l'absence de contre-indications médicales, on préfère, parfois, maintenir à domicile des patients souvent âgés et dont l'hospitalisation peut être catastrophique sur le plan psychologique.

Les hospitalisations secondaires représentent 47,43% ( $n=37/78$ ) des hospitalisations de notre étude.

Les délais d'hospitalisation secondaire sont très variables, la majorité (59,46%) des hospitalisations survenant entre 1 et 5 jours après le début de l'épisode.

L'hospitalisation secondaire découle le plus souvent d'une inefficacité partielle ou complète de l'antibiothérapie orale à domicile, 28% des patients dans la série de Lanoux et Al. [50], 30% dans celle de Bergkvist et Sjöbeck [6] et jusqu'à 78,38 % des motifs d'hospitalisation secondaire dans notre étude ; cette inefficacité est parfois secondaire à une mauvaise observance du traitement qui concerne 16,22% des malades de notre série.

La sévérité, la persistance ou l'aggravation des signes généraux et locaux ainsi que la douleur constituent, par argument de fréquence les trois motifs suivants d'hospitalisation secondaire ; ils concernent respectivement 67,57%, 59,46% et 48,65% des patients de notre étude.

Des malades sont souvent hospitalisés devant la seule persistance de signes locaux alors qu'il s'agit fréquemment de l'évolution habituelle de l'érysipèle caractérisée par la persistance des lésions érythémateuses et de l'œdème lors de la première semaine de traitement [7,10].

Le risque de thrombose veineuse profonde et l'isolement social sont plus rarement des critères d'hospitalisation secondaire ; ils sont significativement plus fréquents chez l'homme ( $p=0,044$ ) et ( $p=0,001$ ).

L'âge, critère fréquent d'hospitalisation primaire (56,76% des malades) est beaucoup plus exceptionnellement un motif d'hospitalisation secondaire (29,73% des hospitalisations secondaires).

Il est aussi très surprenant de constater que le risque de décompensation d'une pathologie sous jacente justifie 40,54% des hospitalisations secondaires alors qu'elle n'était à l'origine que de seulement 27,03% des hospitalisations primaires.

La persistance de la fièvre est un motif d'hospitalisation secondaire signalé pour 2 patients de notre étude et doit faire rechercher une complication locale tel qu'un abcès ou une nécrose.

Trois patients hospitalisés étaient traités par anti-inflammatoires oraux ; pour 2 d'entre eux ce traitement a été introduit lors de la prise en charge de l'érysipèle, l'un a été hospitalisé d'emblée, l'autre après 24 heures d'évolution ; pour le troisième nous ne savons pas quand le traitement a été introduit ni le délai d'hospitalisation. Ces résultats ne nous permettent pas d'émettre d'hypothèse quant au lien entre la prise d'anti-inflammatoire et une éventuelle hospitalisation ; notre effectif étant insuffisant pour tirer des conclusions.

Ainsi, de véritables critères d'hospitalisation initiale ou secondaire restent donc à définir précisément par des études adéquates menées à la fois en ville et à l'hôpital.

#### 4.3.12. Evolution, durée de l'épisode

Avant l'apparition de l'antibiothérapie, l'érysipèle évoluait spontanément vers la guérison en 1 à 3 semaines, avec cependant un taux de mortalité autour de 12% [23].

Actuellement, l'évolution sous traitement et les complications de l'érysipèle ne sont essentiellement disponibles qu'à partir de séries hospitalières [23].

L'avènement de l'antibiothérapie (pénicilline, roxithromycine ou pristinamycine) permet désormais une évolution favorable dans environ 80% des cas avec une apyrexie obtenue en 24 à 48 heures et l'amélioration des signes locaux en 4 à 6 jours [9,10,12,23].

Dans l'étude de Kopp, Bernard et Schmit, le taux de guérison, parmi l'ensemble des malades traités à domicile, est de 89,3% ; 3 patients ont secondairement été hospitalisés [48].

Les résultats de notre série, similaires ( $p > 0,05$ ) entre les deux départements et entre les deux sexes, sont tout à fait comparables aux données actuelles.

92,61% des érysipèles ont évolué favorablement, avec une durée moyenne des épisodes de 16,41 jours (pour 38,04% des patients, la durée d'évolution est située entre 1 et 2 semaines et pour 27,17% d'entre eux, entre 2 et 3 semaines).

La durée d'évolution est souvent plus longue chez les patients plus âgés.

Comme observée dans la majorité des études, la complication la plus fréquente reste la récurrence avec un pourcentage de 10,87% dans notre série, risque variant habituellement de 7 à 25% selon séries [19,23,52]. Ce résultat prouve l'intérêt majeur d'un traitement adapté de l'érysipèle dès le premier épisode et confirme l'importance considérable de la prise en charge des facteurs de risque avec notamment le traitement de toute porte d'entrée et du lymphœdème.

La persistance d'un œdème séquellaire est fréquente (0,87% des patients de notre série) aggravant lui aussi le risque de récurrence [28].

7,89% des praticiens ont précisé avoir introduit un traitement préventif à ces patients ; il nous est cependant impossible d'interpréter ce résultat puisque aucune question n'interrogeait les médecins généralistes à propos de l'instauration éventuelle d'un traitement préventif.

Les autres complications plus rarement rencontrées sont des abcès (0,65% des patients de notre série) voire plus exceptionnellement des fasciites nécrosantes (0,43% des patients) nécessitant alors, dans ce dernier cas, une prise en charge chirurgicale.

Deux patients de notre série ont décompensé une maladie sous-jacente (cardiopathie et diabète) et un érysipèle s'est compliqué d'un choc septique et d'une embolie pulmonaire.

Deux malades ont présenté des complications iatrogènes, une allergie médicamenteuse, et un hématome du mollet surinfecté secondaire à un traitement anticoagulant.

Trois décès sont déplorés dans notre série ; le risque actuel est estimé à 0,50% de décès, il est le plus souvent secondaire à la décompensation d'une pathologie sous-jacente [23].

## **CONCLUSION**

Afin d'uniformiser et de simplifier la prise en charge de cette pathologie, l'érysipèle a fait l'objet d'une conférence de consensus en janvier 2000, « érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge », qui autorise l'antibiothérapie orale et par conséquent un traitement ambulatoire, en l'absence de signes de gravité et sous couvert d'une surveillance clinique rapprochée par le médecin généraliste.

Notre étude concerne 460 cas d'érysipèle dont les données cliniques et démographiques sont comparables entre la Loire Atlantique et la Vendée ainsi qu'aux données de la littérature.

Les patients sont essentiellement des femmes pour 55,87%, et des hommes pour 42,39% de l'effectif, soit un sex ratio de 1,32.

L'âge moyen des patients est de 64,5 ans avec des hommes souvent plus jeunes.

La majorité, soit 92,39% des érysipèles, sont localisés aux membres inférieurs dont 91,29% unilatéraux, 3,69% au visage avec 11,76% des érysipèles de la face bilatéraux et 3,04% au membres supérieurs.

La fièvre et les frissons sont très fréquents et respectivement signalés chez 73,91% et 41,96% des patients de l'étude, des bulles et du purpura sont visibles dans 31,52% et 43,26% des érysipèles.

Plus de 85% des malades ont au moins un facteur de risque d'érysipèle, dont les plus fréquents sont l'insuffisance veino-lymphatique, observée chez 74,57% des patients, avec des œdèmes d'étiologie autre chez 20% des malades, 43,70% sont obèses et 22,61% des malades ont au moins un antécédent de phlébite, ces facteurs de risque étant tous significativement ( $p < 0,05$ ) plus fréquents chez les femmes.

Une porte d'entrée a été identifiée par 82,39% des médecins.

Les dermatoses excoriées constituent les portes d'entrée d'érysipèle les plus fréquentes en Loire Atlantique alors que ce sont les intertrigos inter-orteils qui prédominent en Vendée et majoritairement ( $p = 0,0025$ ) chez l'homme.

Les demandes d'examens complémentaires (écho doppler, examens bactériologiques, biologiques...) restent fréquentes, 52,77% des praticiens interrogés en ont prescrits. Malgré la faible sensibilité et spécificité de certains prélèvements, 14% d'entre eux ont fait réaliser une numération formule sanguine, 9% une C-réactive protéine, 3,5% une vitesse de sédimentation, 7% un prélèvement de la porte d'entrée, 4,50% des hémocultures et parmi quelques rares autres examens complémentaires, 2 glycémies, 2 dosages d'anticorps antistreptolysine, 1 dosage des D dimères...

Les hospitalisations ne sont plus systématiques et concernent 17% des patients, 50% d'entre eux l'ont été d'emblée, 50% secondairement, le plus souvent, après un délai d'évolution de l'érysipèle variant de 1 à 5 jours.

Les principaux motifs d'hospitalisation primaire sont semblables ( $p > 0,05$ ) pour les deux départements, la sévérité des signes généraux et locaux ainsi que la fragilité du terrain associés à un âge souvent plus élevé des patients prédominent ; les hospitalisations secondaires sont dans 78,38% justifiées par une mauvaise évolution de l'érysipèle malgré l'antibiothérapie.

1,18% des médecins généralistes hospitalisent encore systématiquement tout patient avec érysipèle.

Malgré les recommandations actuelles, la pristinamycine demeure l'antibiothérapie prescrite en première intention dans les deux départements (31,95% des prescriptions en Loire

Atlantique, 24,64% en Vendée,  $p>0,05$ ), à la posologie habituelle de 3 grammes par jour pour une durée moyenne de 11 à 12 jours.

Les pénicillines A, préconisées par la dernière conférence de consensus, ne représentent que 17,43% des prescriptions en Loire Atlantique et 19,57% des prescriptions en Vendée, aux doses de 3 grammes par 24 heures pour 66,67% des patients et pour une durée moyenne de 12 à 13 jours.

L'antibiothérapie est prescrite par voie orale dans 88,89% des cas et par voie intramusculaire pour 5,03% des patients.

Cette antibiothérapie, bien qu'aussi efficace que la pénicilline A, présente cependant quelques inconvénients tels un coût plus élevé, des effets secondaires plus fréquents [9], et un risque, à long terme, de sélectionner de bactéries résistantes.

L'instauration d'un traitement anticoagulant est habituelle dans les deux départements ( $p=0,634$ ) et concerne 43,01% des patients, essentiellement des femmes ( $p=0,012$ ).

Les prescriptions systématiques sont nombreuses (17,41% des praticiens interrogés) malgré le faible risque d'association érysipèle phlébite. 65,03% des médecins justifient leur prescription par la présence de facteurs de risque thromboemboliques chez le patient traité, 12,88% ont initié ce traitement après la réalisation d'un écho doppler, dernier argument surprenant lorsque l'on sait que seulement 4,09% des doppler ont révélé une thrombose veineuses profonde.

Il s'agit d'un traitement préventif pour 77,30% des patients.

De même, 45,12% des praticiens ont demandé la réalisation d'un écho doppler veineux des membres, notamment à titre systématique pour 14,25% d'entre eux. 4,09% ont objectivé une thrombose veineuse profonde

La peur d'une thrombose veineuse profonde reste prédominante et explique souvent l'instauration systématique d'un traitement anticoagulant dont les risques ne sont pas négligeables pour le patient (hémorragies, thrombopénie...), mais aussi les demandes fréquentes d'écho doppler non recommandées en l'absence de facteurs de risque thromboemboliques ou de doute diagnostique.

Les prescriptions de traitements locaux, actuellement non consensuelles, aucun d'entre eux n'ayant réellement prouvé son efficacité sur l'érysipèle, sont fréquentes et concernent 45,38% des patients, quel que soit le département ( $p=0,381$ ) ; il s'agit dans la grande majorité des cas d'un traitement antiseptique voire plus rarement d'une antibiothérapie, un seul médecin ayant prescrit un anti-inflammatoire non stéroïdien en application cutanée.

Le traitement de la porte d'entrée est indispensable lors de toute prise en charge d'un érysipèle et essentiel dans la prévention des récurrences, 18,45% des portes d'entrée identifiées dans notre étude n'ont cependant pas été traitées, 23,88% des dermatoses excoriées, 16,67% des plaies chroniques et 3,38% des intertrigos inter-orteils.

Certaines données récentes incriminent les anti-inflammatoires dans la survenue de complications infectieuses telles que des fasciites nécrosantes et, bien qu'il n'existe aucune certitude actuelle, le principe de précaution est désormais de rigueur et les recommandations de la dernière conférence de consensus déconseillent l'usage de telles molécules lors du traitement d'un érysipèle.

Comme le souligne notre étude, l'usage des anti-inflammatoires persiste mais n'est plus systématique puisque 6,33% des praticiens interrogés ont prescrit un traitement anti-inflammatoire lors du diagnostic d'érysipèle, essentiellement par voie orale (96,96% des cas).

La fréquence des prescriptions ne diffère pas ( $p=0,775$ ) entre la Loire Atlantique et la Vendée.

Certaines modalités de prise en charge évoquées ci-dessus, telles que la réalisation fréquente d'examens complémentaires, d'échographies doppler, les prescriptions de traitements locaux, parfois de traitements anticoagulants ainsi que de certains antibiotiques, peuvent entraîner un surcoût dans la prise en charge d'une telle pathologie.

L'évolution et le pronostic sont identiques quels que soit le sexe et le département et sont conformes aux séries de la littérature ; ils sont favorables pour 92,61% des patients avec une durée moyenne d'évolution de 16 à 17 jours ; 10,87% des malades ont récidivé, 0,65% des érysipèles se sont compliqués d'un abcès et 0,43% d'une fasciite nécrosante ; 3 patients sont malheureusement décédés ; les autres complications sont plus rares : choc septique, embolie pulmonaire, œdème séquellaire au niveau du membre...

L'analyse des résultats de notre étude souligne donc les difficultés de prise en charge de l'érysipèle, pathologie infectieuse bien connue des médecins et dont la prise en charge est consensuelle depuis 2000.

Comme seulement 460 médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée (soit 27,12% des praticiens des deux départements) ont accepté de répondre, il nous est impossible d'extrapoler ces résultats à l'ensemble des médecins des deux départements. Notre étude a cependant le mérite de faire un état des lieux sur cette maladie quatre ans après la dernière conférence de consensus

Les données obtenues montrent une similitude dans la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes des deux départements, elles soulignent cependant l'existence d'une différence notable quant à cette prise en charge par rapport aux données de la dernière conférence de consensus.

Une plus grande diffusion des recommandations de la conférence de consensus pourrait peut-être permettre d'améliorer le traitement ambulatoire de cette infection.

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

### PRISE EN CHARGE DE L'ERYSIPELE EN MEDECINE GENERALE QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES

**- Identité du médecin :**

Ce questionnaire concerne le dernier cas d'érysipèle auquel vous avez été confronté au cours de votre exercice professionnel.

- En moyenne, à combien de cas d'érysipèle êtes-vous confronté par an ?

- Quelle est la date approximative du diagnostic de l'érysipèle chez ce patient ?

**- Patient :**

- Sexe :
- Age :

**- S'agit-il du premier épisode d'érysipèle**

Oui Non  
Si Non, nombre d'antécédents :

**- Localisation de l'érysipèle :**

Membres : Inférieur  
Supérieur  
Face  
Autres :

Unilatéral Bilatéral

**- Signes généraux :**

Fièvre Oui Non  
Frissons Oui Non

**- Signes locaux :**

Bulles Oui Non  
Purpura pétéchial Oui Non

**- Facteurs de risque ou comorbidité associés :**

Diabète Oui Non  
Obésité Oui Non  
Ethylisme Oui Non  
Insuffisance veino-lymphatique Oui Non  
Autre(s) cause(s) d'œdème des membres inférieurs  
Oui Non  
Artériopathie Oui Non  
Antécédents de phlébites Oui Non  
Immunodépression Oui Non  
Prothèse articulaire Oui Non

Radiothérapie	Oui	Non
Lymphadénéctomie	Oui	Non
Saphénéctomie (Pontage coronarien)	Oui	Non

**- Porte d'entrée suspectée :**

Intertrigo inter-orteils	Oui	Non
Plaie chronique	Oui	Non
Dermatose excoriée	Oui	Non
Pas de porte d'entrée retrouvée	Oui	Non
Autres :		

**- Examens complémentaires :**

Oui Non

Si oui, avez-vous réalisé des prélèvements bactériologiques ? Hémocultures ?  
Prélèvement de la porte d'entrée ?  
Autres :

Quels résultats ?

Avez-vous réalisé un écho-doppler veineux des membres ? Oui Non

Si oui A titre systématique dans cette maladie?  
Devant une suspicion de thrombose veineuse ?  
Autres :

Quels résultats ?

**- Décisions thérapeutiques :**

**Traitement à domicile :** Oui Non

Antibiothérapie :			
Molécule(s)	Voie d'administration	Posologie par jour	Durée du traitement

Anticoagulation : Oui Non

Si Oui :

Devant le terrain	Oui	Non
Systématique dans cette maladie	Oui	Non

	Après résultats du Doppler Anticoagulation	Oui Préventive	Non Curative
Traitement local sur l'érysipèle :		Oui Si Oui, Lequel ?	Non
Traitement de la porte d'entrée :		Oui Si Oui, Lequel ?	Non
AINS		Oui Si Oui, Lequel ?	Non
	Local	Général	
	Traitement habituel du patient ?	Oui	Non
	Traitement instauré pour l'érysipèle ?	Oui	Non
	<b>Décision d'hospitalisation :</b>	Oui	Non
		D'emblée	Secondaire (Quel délai ?)
	Si Oui, motifs :		
	Systématique dans l'érysipèle	Oui	Non
	Terrain :		
		-Age	
		-Fragilité du terrain	
		-Risque de décompensation d'une tare sous jacente	
		-Isolement social	
		-Doute quant à l'observance thérapeutique	
	Désir du patient	Oui	Non
	Douleur	Oui	Non
	Sévérité des signes locaux	Oui	Non
	Sévérité des signes généraux	Oui	Non
	Suspicion de phlébite associée	Oui	Non
	Mauvaise évolution sous traitement	Oui	Non
	Autres :		
<b>- Evolution :</b>	Favorable sans complication	Oui	Non
	Récidive	Oui	Non
	Complications éventuelles :	Abcès sous cutané	
		Fasciites nécrosantes	
		Décès	
		Autres :	
<b>Date de guérison :</b>			
<b>Durée totale de l'épisode en jours :</b>			

## **ANNEXE 2 : COURRIER AUX MEDECINS GENERALISTES**

le 02 octobre 2003

Objet : Thèse de Médecine Générale :  
L'Erysipèle en Médecine Générale

Docteur,

Résidente, intéressée par l'érysipèle, j'ai décidé d'y consacrer ma thèse et d'étudier l'attitude des médecins généralistes libéraux de Loire Atlantique et Vendée face à cette pathologie.

Ce travail est conjointement dirigé par le Docteur Brigitte Milpied, praticien hospitalier dans le service de dermatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et par le Docteur David Boutoille, assistant chef de clinique dans le service d'infectiologie au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, et a reçu l'aval du Professeur François Raffi et du Docteur Thierry Ponge.

Un échantillon représentatif m'étant nécessaire, je vous transmets un questionnaire afin de connaître votre attitude concernant le ou les derniers cas auxquels vous avez été confrontés et vous serais très reconnaissante de me le renvoyer complété, dans un délai de un mois, en entourant les réponses que vous jugez les plus adaptées au cas correspondant.

N'hésitez pas à me demander d'autres questionnaires si vous le souhaitez.

Je vous remercie de votre participation, et vous prie de croire, Docteur, à l'expression de mes salutations distinguées.

Karine Levieux

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- BAFOUNTA M.L. , SAIAG P.  
Infections cutanées bactériennes : impétigo, furoncle, érysipèle, lymphangite  
Dermatologie Medline. Edition 2002-2003  
Paris, Editions Estem-Editions Med-line ; 113-22
- 2- BAHADORAN P., GORLIER C., MANTOUX F. et Al.  
Infections cutanées bactériennes : impétigo, furoncle, érysipèle et lymphangite  
Dermatologie. 2ème édition.  
Paris, Vernazobres-grégo : 2001 ; 124-37
- 3- BASSETTI S., ITIN P., FLÜCKIGER U.  
Infections bactériennes primaires de la peau  
Forum Med. Suisse 2003 ; N°35 ; 819-27
- 4- BECQ-GIRAUDON B.  
L'érysipèle : prévention primaire et secondaire  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 368-75
- 5- BEN SALAH H., SIALA W., MAALLOUL I., BOUZID F., FRIKHA M., DAOUD J.  
Erysipèle après traitement du cancer du sein  
La Tunisie Médicale, 2002 ; Vol. 80, N° 08 ; 465-468
- 6- BERGKVIST P.I., SJÖBECK K.  
Antibiotic and prednisolone therapy of erysipelas : a randomized, double blind,  
placebo-controlled study.  
Scand. J. Infect. Dis. 1997 ; 29 : 377-82
- 7- BERNARD P.  
Critères d'hospitalisation initiale et secondaire  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 363-7
- 8- BERNARD P., BEDANE C., MOUNIER M., DENIS F., BONNETBLANC J.M.  
Dermohypodermes bactériennes de l'adulte : incidence et place de l'étiologie streptococcique  
Ann. Dermatol. Venereol. 1995 ; 122 : 495-500
- 9- BERNARD P., CHOSIDOW O., VAILLANT L.  
Oral pristinamycin versus standard penicillin regimen to treat erysipelas in adults :  
randomised, non-inferiority, open trial  
Br. Med. J. 2002 ; 325 : 864-6
- 10- BERNARD P., PLANTIN P., ROGER H., SASSOLAS B., VILLARET E., LEGRAIN V.,  
ROUJEAU J.C., REZVANI Y., SCHEIMBERG A.  
Roxithromycin versus penicillin in the treatment of erysipelas in adults :  
a comparative study  
Br. J. Dermatology 1992 ; 127 : 155-9

- 11- BERNARD P., RISSE L., MOUNIER M., BONNETBLANC J.M.  
Portage de Staphylococcus Aureus : facteur de gravité de l'érysipèle  
Ann. Dermatol. Venereol.1996 ; 123 : 12-5
- 12- BERNARD P., RISSE L., BONNETBLANC J.M  
Traitement des dermo-hypodermes aiguës bactériennes de l'adulte  
par la pristinamycine : étude ouverte chez 42 malades  
Ann. Dermatol. Venereol. 1996 ; 123 : 16-20
- 13- BONNETBLANC J.M.  
Erysipèle, lymphangite : étiologie, diagnostic, évolution et pronostic, traitement  
Rev. Prat. 1990 ; 40 : 2005-6
- 14- BONNETBLANC J.M., BEDANE C.  
Erysipelas : recognition and management  
Am. J. Clin.Dermatol. 2003 ; 4 (3) : 157-63
- 15- BONNETBLANC J.M., BERNARD P., DUPU A.  
Grosse jambe rouge aiguë  
Ann. Dermatol. Venereol. 2002 ; 129 : 2S170-2S175
- 16- CALANDRA GARY B., MACKOWIAK PHILIP A.  
Retropharyngeal abscess, mediastinitis, and pleural effusion  
complicating Streptococcal facial erysipelas  
Southern Medical Journal 1981 ;74 : 1031-2
- 17- CARPENTIER P.H., COLOMB M., POENSIN D., SATGER B.  
Incidence de l'érysipèle des membres inférieurs en milieu phlébologique  
Efficacité d'une stratégie d'éducation sanitaire (La Léchère : 1992-1997)  
Journal des Maladies Vasculaires (Paris) Masson, 2001 ; 26, 2, 97-9
- 18- CHAKROUN M., BEN ROMDHANE F., BETTIKH R., SOUKI A., BOUZOUAIA N.  
Intérêt de la Benzathine Pénicilline dans la prévention des récurrences d'érysipèle  
Méd. Mal. Infect. 1994 ; 24 : 894-7
- 19- CHARTIER C., GROSSHANS E.  
Erysipelas  
Int. J. Dermatol. 1990 ; 29 : 459-67
- 20- Collège des enseignants de dermato-vénérologie de France  
Infections cutanées bactériennes : impétigo, furoncle, érysipèle  
Dermatologie  
Paris : Masson, 2000. - 296 pages. - Abrégés Connaissances et pratique.
- 21- CORDOLIANI F., DE LA SAMONIERE P., CHASTANG C., MOREL P.  
Facteurs de risque de gravité des érysipèles du membre inférieur :  
résultats d'une enquête prospective  
Ann. Dermatol. Venereol. 1998 ; 125 Suppl. 3 : 54-5

- 22- COSTE N., PERCEAU G., LEONE J., YOUNG P., CARSUZAA F.,  
BERNARDEAU K., BERNARD P.  
Osteoarticular complications of erysipelas  
J. Am. Acad. Dermatol. 2004 Feb ; 50 (2) : 203-9
- 23- CRICKX B.  
Erysipèle : évolution médicale sous traitement. Complications  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 358-62
- 24- CRICKX B., CHEVRON F., SIGAL-NAHUM M., BILET S., FAUCHER F.,  
PICARD C., LAZARETH I., BELAICH S.  
Erysipèle : Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques  
Ann. Dermatol. Venereol. 1991 ; 118 : 11-16
- 25- DEGA H., CHOSIDOW O.  
Traitement des infections bactériennes dermatologiques commune en ville  
Antibiotiques 2003 Fev ; 5 (1) : 5-15
- 26- DENIS F., MARTIN C., PLOY M.C.  
L'érysipèle : données microbiologiques et pathogéniques  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 317-25
- 27- DESCAMPS V.  
Physiopathologie des dermo-hypodermes infectieuses  
Ann. Dermatol. Venereol. 1998 ; 125 : 839-44
- 28- DUPUY A., BENCHIKHI H., ROUJEAU J.C., BERNARD P., SASSOLAS B.,  
CHOSIDOW O., VAILLANT L., GUILLAUME J.C., GROB J.J., BASTUJI-GARIN S.  
Facteurs de risque de l'érysipèle de jambe : une étude cas-témoin multicentrique  
Ann. Dermatol. Venereol. 1997 ; 124 Suppl. : 13-4
- 29- DUPUY B.  
Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 312-6
- 30- DUVANEL T., HARMS M., MEROT Y., SAURAT J.H.  
Les récurrences d'érysipèle et leur prévention par la Benzathine Pénicilline  
Ann. Dermatol. Venereol. 1986 ; 174-6
- 31- Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte court.  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 458-62
- 32- Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte long.  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 463-82
- 33- FÖLDI E.  
Prevention of dermatolymphangioadenitis by combined physiotherapy  
of the swollen arm after treatment for breast cancer  
Lymphology 1996 ; 26 : 48-9

- 34- FOULC Phryné, BARBAROT Sébastien, STALDER Jean-François  
Infections cutanées bactériennes : impétigo, furoncle, érysipèle  
Revue du Praticien, 1998 ; 48 : 661-66
- 35- GRANIER F.  
Erysipèle : quelle prise en charge ?  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 429-42
- 36- GROSSHANS E.  
Classification anatomoclinique, terminologie  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 307-11
- 37- GUIOT F., LACHAPPELLE J.M.  
Erysipèle et fasciite nécrosante  
Louvain Med. 2002 ; 121 : 107-16
- 38- GUSLITS B.  
Upper airway obstruction due to erysipelas  
Intensive Care Med. J., 1991 ; 17 : 370-1
- 39- HAMMAR H., SVERDRUP B., BORGLUND E., BLOMBÄCK M.  
Coagulation and fibrinolytic systems during the course of erysipelas and necrotising  
fasciitis and the effect of heparin  
Acta. Derm. Venereol. 1985 ; 65 : 495-503
- 40- HANSMANN Y.  
De quelles données a-t-on besoin aujourd'hui pour prendre en charge un érysipèle ?  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 419-28
- 41- HOLDER P.E., MOORE P.T., BROWNE B.A.  
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Necrotising Fasciitis  
Drug Safety 1997 Dec ; 17 (6) : 369-73
- 42- JAUSSAUD R., KAEPLER E., STRADY C., BEGUINOT I., WALDNER A.,  
REMY G.  
Existe-t-il une place pour les AINS/corticoïdes dans la prise en charge de l'érysipèle ?  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 ; 128 : 348-351
- 43- JEGOU J., HANSMANN Y., CHALOT F., ROGER M., FAIVRE B., GRANEL F.,  
SCRIVENER Y., CAIREY-REMONNAY S., BERNARD P.  
Motifs d'hospitalisation de l'érysipèle. Etude prospective de 145 cas  
Ann. Dermatol. Venereol. 2002 ; 129 : 375-9
- 44- JORUP-RÖNSTRÖM C.  
Epidemiological, bacteriological, and complicating features of erysipelas  
Scand. J. Infect. Dis. 1986 ; 18 : 519-24
- 45- JORUP-RÖNSTRÖM C., BRITTON S.  
Recurrent erysipelas : predisposing factors and costs of prophylaxis  
Infection 1987 ; 15 : 105-6

- 46- JORUP-RÖNSTRÖM C., BRITTON S., GAVLEVIK A., GUNNARSSON K., REDMAN A.C.  
The course, costs and complications of oral versus intravenous Penicillin therapy of erysipelas  
*Infection* 1984 ; 12 : 390-4
- 47- KETTANEH A., OZAN N., STIRNEMANN J., FAIN O., THOMAS M.  
Facial erysipelas after receiving acupuncture treatment  
*Scand. J. Infect. Dis* 2003 ; 35 (11-12) : 911-2
- 48- KOPP M., BERNARD P., SCHMIT J.L.  
Prise en charge des dermo-hypodermes bactériennes par les médecins généralistes :  
enquête de pratique et étude prospective  
*Ann. Dermatol. Venereol.* 2001 ; 128 : 338-44
- 49- KREMER M., ZUCKERMAN R., ABRAHAM Z., RAZ R.  
Long-term antimicrobial therapy in the prevention of recurrent soft-tissue infections  
*Journal of infection* 1991 ; 22 : 37-40
- 50- LANOUX P., PENALBA C., LEGIN C., KIVADE M., REVEIL J.C.  
L'érysipèle. A propos de 118 observations  
*Méd. Mal. Infect.* 1993 ; 23 : 908-12
- 51- LEVEQUE L., PIROTH L., BAULOT E., DUTRONC Y., DALAC S., LAMBERT D.  
Ostéomyélite aiguë : un diagnostic différentiel rare d'érysipèle  
*Ann. Dermatol. Venereol.* 2001 ; 128 : 1233-6
- 52- LORETTE G., PY F., MACHET L., VAILLANT L.  
Erysipèle : étude rétrospective de 100 cas  
*Méd. et Hyg.* 1990 ; 48 : 764-8
- 53- LUCHT F.  
Quelle prise en charge pour l'érysipèle ?  
Traitement antibiotique : molécules, voies d'administration  
*Ann. Dermatol. Venereol.* 2001 ; 128 : 345-347
- 54- MAHE A., DESTELLE J.M., BRUET A., MATHE C., TUOT D., TAVEAU J.F.,  
QUEVAUVILLIERS J., FENDLER J.P.  
Thromboses veineuses profondes au cours des érysipèles de jambe :  
étude prospective de 40 observations  
*La Presse Médicale* 1992 ; 21 : 1022-4
- 55- MAHE E., TOUSSAINT P., BOUTCHNEÏ S., GUIGUEN Y.  
Erysipèle chez des patients jeunes et « sains »  
*Ann. Dermatol. Venereol.* 1998 ; 125 Suppl. 3 : 54
- 56- MORTIMER P.S.  
Managing lymphoedema  
*Clinical and Experimental Dermatology* 1995 ; 20 : 98

- 57- NOBLESSE I., CARVALHO P., YOUNG P., HELLOT M.F., LEVESQUE H., CARON F., LAURET PH., JOLY P.  
Facteurs de gravité des érysipèles de jambes  
Ann. Dermatol. Venereol. 1999 ; 126 Suppl 2 : 65
- 58- PAUWELS C., FLORIN A., WELKER Y.  
Erysipèle récidivant de hanche en regard d'une prothèse totale  
Phlébologie, 2001 ; 54, N° 02 ; 193-197
- 59- PERROT J.L., PERROT S., LAPORTE SIMITSIDIS S.  
Existe-t-il une place pour les anticoagulants dans le traitement de l'érysipèle ?  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 352-7
- 60- PERROT J.L., PERROT S., PARUCH PH., VIALON P., TARDY B., ROS A., LAFOND P., CAMBAZARD F.  
Incidence des thromboses veineuses profondes des membres inférieurs au cours et au décours des érysipèles et cellulites de jambes. Etude prospective de 161 observations  
Ann. Dermatol. Venereol. 1997 ; 124 Supp 68-9
- 61- PERROT S., PERROT J.L., CONCHONNET P., MICHEL J.L., BERTRAND C., LANTHIER K., TARDY B., ROS A., GRATARD F., LAFOND P., CAMBAZARD F.  
Incidence des thromboses veineuses profondes des membres inférieurs au décours des érysipèles et cellulites de jambe. Etude prospective à propos de 86 malades.  
Ann. Dermatol. Venereol. 1995 ; 122 Suppl. : 117-8
- 62- PITCHE P., TCHANGAÏ-WALLA K.  
Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo)  
Bull. Soc. Pathol. Exot. 1997 ; 90 (3) : 189-91
- 63- RONNEN M, SUSTER S., SCHEWACH-MILLET M., MODAN M.  
Erysipelas : changing face  
Int. J. Dermatol. 1985 ; 24 : 169-72
- 64- ROUJEAU J.C.  
Critères cliniques et facteurs de risque  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 376-81
- 65- SCHMIT J.L.  
Enquête prospective. Erysipèle et cellulites nécrosantes : quelle prise en charge en milieu hospitalier ?  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 ; 128 : 334-7
- 66- SJÖBLOM A.C., ERIKSSON B., JORUP-RÖNSTRÖM C., KARKKONEN K., LINDQVIST. M.  
Antibiotic prophylaxis in recurrent erysipelas  
Infection 1993 ; 21 : 390-3
- 67- SOTTO A., BESSIS D., DEREURE O., GUILLOT B., GUILHOU J.J.  
Erysipèle récidivant survenant en zone irradiée  
Sem. Hôp. Paris, 1993 ; 69, n°5, 129-30

- 68- TAIEB A., CAMBAZARD F., BERNARD P., VAILLANT L.  
Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques : impétigo, folliculite/furoncle, érysipèle  
Ann. Dermatol. Venereol. 2002 ; 129 : 2S47-2S52
- 69- Thromboembolic Risk Factors (THRIFT) Consensus Group  
Risk of and prophylaxis for veinous thromboembolism in hospital patients  
Br. Med. J. 1992 ; 305 : 567-74
- 70- TOURAINE R., REVUZ J.  
Dermatoses bactériennes,  
Dermatologie clinique et vénéréologie, 4<sup>ème</sup> Edition  
Paris, Masson, 1997 :73-88
- 71- VAILLANT L.  
Critères diagnostiques de l'érysipèle  
Ann. Dermatol. Venereol. 2001 Mar ; 128 : 326-33
- 72- ZAHAR J.R., BRUN-BUISSON C.  
Derma-hypodermes et fasciites nécrosantes  
Revue du praticien, 2001 ; 51 : 628-632

## **SERMENT MEDICAL**

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : LEVIEUX

PRENOM : Karine

TITRE DE THESE

**PRISE EN CHARGE DE L'ERYSIPELE EN MEDECINE GENERALE  
A PROPOS DE 460 PATIENTS DE LOIRE ATLANTIQUE ET VENDEE**

---

**RESUME**

Infection d'incidence croissante depuis quelques années, l'érysipèle a fait l'objet, en janvier 2000, d'une conférence de consensus « Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge » autorisant son traitement ambulatoire en l'absence de facteurs de gravité et sous couvert d'une surveillance clinique rapprochée par le médecin généraliste.

Afin d'évaluer l'impact de ces recommandations en médecine générale, nous avons réalisé une étude rétrospective auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée. Les données démographiques et cliniques des 460 cas d'érysipèle relevés sont comparables aux données de la littérature. Les réponses obtenues permettent, cependant, d'observer quelques différences quant à la prise en charge des malades par rapport à la dernière conférence de consensus, notamment en ce qui concerne l'antibiothérapie utilisée, les prescriptions d'anticoagulants, de traitements locaux ou les demandes d'échographies doppler et autres examens complémentaires.

---

**MOTS-CLES**

- Erysipèle
- Loire Atlantique / Vendée
- Prise en charge ambulatoire
- Conférence de consensus