

Conduite à tenir devant une grosse jambe rouge (204)

Docteur Alexandre BUCCI
Mars 2004

Objectifs :

- Diagnostiquer une grosse jambe rouge aiguë.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Pré-requis :

Agents pathogènes responsables de dermo-hypodermite infectieuses, antibiothérapie et sensibilités des antibiotiques face aux différents germes responsables.

Résumé :

La « grosse jambe rouge aiguë » réalise un tableau clinique d'installation rapide, maximum 48 heures, associant un placard érythémateux assez bien limité, parfois extensif, uni ou bilatéral, associé souvent à un œdème et pouvant s'accompagner de signes infectieux.

Mots-clés :

Erysipèle, fasciite nécrosante, sepsis sévère, facteurs favorisants, complications, antibiothérapie.

Références :

- Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge : Conférence de consensus organisée par la Société Française de Dermatologie et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, janvier 2000.
- J.M. BONNETBLANC, P.BERNARD, A.DUPU - Grosse jambe rouge aiguë, Ann Dermatol Venerol 2002 ; 192 : 2 p 170-175.

1. Diagnostic positif

1.1. L'interrogatoire

Il faut préciser : la date de début et les modalités évolutives (début brutal ou insidieux, extension rapide ou lente...), la précession par des prodromes (frissons...), les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné, les antécédents récents d'une pathologie du pied ou de la jambe (prurit inter-orteil...), la notion d'œdème chronique d'origine veineuse ou lymphatique, les traitements déjà instaurés (antibiotiques ou traitements topiques), la notion de morsure ou de piqûre, l'existence de maladies associées (diabète, insuffisance veineuse, artériopathie des membres inférieurs, imprégnation œnologique chronique...).

1.2. L'examen clinique

Signes subjectifs : sensation de brûlure locale, tension douloureuse, prurit...

Il doit rechercher le siège uni ou bilatéral des lésions, la nature des lésions cutanées, la présence d'un œdème associé.

L'examen clinique doit rechercher impérativement des lésions de nécrose superficielle ou profonde, une porte d'entrée éventuelle (intertrigo...), des signes neurologiques (trouble de la sensibilité), des signes d'insuffisance veineuse chronique, les pouls périphériques pédieux et tibial postérieur, des signes régionaux (lymphangite, adénopathies inguinale inflammatoire homolatérale...), des signes généraux (hyperthermie, altération de l'état général, signes de bas débit périphérique évoquant un sepsis sévère...).

2. Les signes de gravité

Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous. Leur présence doit impérativement conduire à une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide.

Signes généraux	Hyperthermie Syndrome confusionnel Tachypnée Tachycardie Oligurie Hypotension Pâleur
Signes locaux	Douleur résistante aux antalgiques simples Œdème majeur Bulles hémorragiques Signes de nécrose cutanées (superficielle ou profonde) Troubles de la sensibilité Présence d'emphysème sous cutané
Autres facteurs	Comorbidités : diabète, obésité... Contexte social : précarité...

3. Les examens complémentaires

Il n'existe pas de bilan standard dans le cadre d'une « grosse jambe rouge aiguë ».

Le bilan doit préciser :

- la nature infectieuse : prélèvements bactériologiques de toute lésion cutanée, de toute porte d'entrée, numération formule sanguine, dosage de la CRP...,
- la nature vasculaire : en cas de suspicion de thrombose veineuse profonde : dosage de D-dimères, échographie doppler veineuse des membres inférieurs...,

4. Diagnostic étiologique

4.1. L'érysipèle

C'est une affection dermatologique bactérienne réalisant une dermo-hypodermite aiguë, due aux streptocoques β hémolytiques (groupe A+++, B, C ou G).

C'est le premier diagnostic à évoquer devant un tableau de « grosse jambe rouge aiguë » au vu de la fréquence de la maladie.

Ce tableau s'observe habituellement chez un adulte après 40 ans, avec un pic de fréquence aux alentours de 60 ans.

L'atteinte des membres inférieurs est favorisée par l'insuffisance veineuse chronique et/ou lymphatique, mais il existe des formes au niveau des membres supérieurs (lymphoedème post chirurgie ganglionnaire axillaire).

Les facteurs favorisants sont :

- locaux : lymphoedème, porte d'entrée intertrigo inter-orteil, ulcère variqueux de jambe,
- généraux : obésité (diabète et éthyliste chronique n'ont pas été démontrés comme facteurs de risque).

Le début est brutal, marqué par une hyperthermie élevée (39° à 40°C), apparition de frissons, qui souvent précède de quelques heures, l'apparition du placard cutané inflammatoire.

Ce placard est une plaque érythémateuse, œdémateuse, circonscrite et hyperalgique à la palpation. La notion de bourrelet périphérique est rarement retrouvée. Des adénopathies inflammatoires homolatérales sont souvent associées ; une traînée de lymphangite homolatérale est retrouvée dans 26% des cas.

Une porte d'entrée est identifiable cliniquement dans 60% des cas : intertrigo interdigito-plantaire, piqûre, traumatisme avec effraction cutanée passée inaperçue, ulcère de jambe.

Devant un tableau typique de dermo-hypodermite aiguë bactérienne et en l'absence de comorbidité, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Ils pourraient objectiver une hyperleucocytose à nette prédominance sur les neutrophiles, un syndrome inflammatoire avec élévation de la VS et de la CRP. A noter que les hémocultures ont faible rentabilité.

Des formes subaiguës peuvent exister où les signes généraux sont peu marqués voire absents. Dans ces cas, le diagnostic repose sur le placard érythémateux inflammatoire et sa bonne évolution sous traitement anti-streptococcique.

L'évolution est satisfaisante dans 80% des cas sous traitement antibiotique. Elle est marquée par une décroissance thermique en 48 à 72 heures ; l'amélioration des signes cutanés est plus longue, de l'ordre d'une semaine.

Les complications sont de trois types :

- récidive : 20% des cas, survenant surtout chez des patients avec un terrain d'insuffisance veineuse et/ou lymphatique chronique, et souvent avec la ré-apparition ou la persistance de la porte d'entrée,
- locales : 5 à 10% des cas, survenant surtout chez des patients ayant des co-morbidités ou en cas d'immunodépression : abcès localisés superficiels ou profonds,
- systémiques : rares < 5% des cas : septicémies à streptocoque, glomérulonéphrites post streptococciques voire érythème noueux.

4.2. Les autres dermo-hypodermes infectieuses

Le tableau clinique est variable, ressemblant à celui de l'érysipèle. Les germes rencontrés sont le staphylocoques aureus, le pseudomonas aëruginososa ou les germes transmis par les eaux souillées. Le tableau clinique est une dermo-hypodermite à évolution sub-aiguë : l'inflammation apparaît moins profonde, l'érythème est moins limité. L'évolution est moins favorable sous traitement anti-infectieux.

La fasciite nécrosante : Le tableau est plus aigu avec des signes locaux de gravité d'emblée. La présence de zone nécrotique est évocatrice. Il faut rechercher des troubles de la sensibilité locale. Les signes généraux sont marqués de même que les signes infectieux.

Des examens complémentaires sont nécessaires dans le but de mesurer l'impact sur les principales fonctions : enzymes musculaires (rhabdomyolyse), ionogramme plasmatique, pH et gaz du sang (acidose métabolique), bilan de coagulation (coagulation intra-vasculaire disséminée)...

NB : La notion de morsure animale doit orienter vers une pasteurellose d'inoculation.

4.3. Les dermo-hypodermes inflammatoires sur insuffisance veineuse

L'insuffisance veineuse chronique évolue progressivement avec des altérations cutanées visibles (présence de varice, œdème veineux, troubles trophiques à type de dermite ocre ou d'ulcération correspondant au dernier stade).

Autre conséquence de l'insuffisance veineuse chronique est la dermatoliposclérose, correspondant à l'infiltration scléreuse des jambes, surtout au niveau de leur moitié inférieure. Elle complique souvent une thrombose veineuse profonde après plusieurs années. Sur ce terrain peuvent apparaître des poussées inflammatoires, ressemblant à un érysipèle, surtout lorsqu'elles sont unilatérales.

NB : Des lésions nodulaires des membres inférieurs font discuter le diagnostic d'érythème noueux.

4.4. L'eczéma

C'est une dermatose immuno-allergique due à une hypersensibilité à un allergène de contact. Le tableau est caractérisé cliniquement par un prurit, la présence de vésicules sur base inflammatoire et une bordure émiettée. Il est généralement localisé au niveau de la région de contact avec l'allergène.

Les eczémats de jambes se voient surtout chez des malades traités pour des ulcères ; les allergènes les plus fréquemment rencontrés sont la lanoline, les antibiotiques locaux, les conservateurs, les émulsifiants...

Une eczématisation est souvent rencontrée sur un terrain d'insuffisance veineuse chronique. Elle peut être liée à un vrai eczéma de contact, mais parfois elle apparaît sans allergène démontré. Le mécanisme n'est pas connu. Elle est initialement localisée aux deux jambes,

parfois en regard d'une varice ou d'une perforante et à tendance à s'étendre. Dans ce tableau une surinfection est possible rendant difficile de diagnostic face à l'érysipèle simple.

4.5. Thrombose veineuse profonde

La thrombose veineuse profonde ne donne pas de tableau de « grosse jambe rouge aiguë ». Elle peut rarement, s'associer à un érysipèle.

La thrombose veineuse superficielle est linéaire et un cordon inflammatoire superficiel est palpé.

4.6. Autres causes

Les photodermatoses sont rarement localisées uniquement au niveau des jambes, sauf en cas d'une phototoxicité locale après application d'un topique photosensibilisant.

Le syndrome des loges correspond à un œdème musculaire mis en tension dans le fascia par un exercice physique violent par exemple, il existe rarement d'aspect inflammatoire pouvant simuler un érysipèle.

5. Diagnostic différentiel

- La thrombose veineuse profonde est souvent discutée ; ce qui doit faire recourir en cas de doute à une exploration vasculaire.
- La lymphangite réalise un trajet rouge inflammatoire, avec souvent une adénopathie inguinale, elle peut être associée à l'érysipèle.
- Un lymphoedème chronique peut subir des poussées inflammatoires, dont l'étiologie infectieuse n'est pas toujours claire.
- Un zona sera éliminé facilement par la présence de lésion dermatologique typique, la vésicule, ainsi que l'évolution clinique.

6. Prise en charge thérapeutique

6.1. Mesures communes

Le repos au lit avec la jambe surélevée est utile, afin de diminuer l'œdème et la douleur. Une hospitalisation est indispensable chaque fois qu'un traitement parentéral ou une surveillance rapprochée sont nécessaires.

L'hospitalisation est préconisée en cas de doute diagnostique, de signes généraux marqués, de risque de complications locales, d'une co-morbidité, d'un contexte social rendant le suivi difficile en ambulatoire, d'un échec d'un traitement ambulatoire antérieur bien conduit.

6.2. Traitement spécifique

Il est adapté au diagnostic étiologique.

6.2.1. Traitement de l'érysipèle

Les β -lactamines sont à utiliser en première intention. La pénicilline G injectable est l'antibiotique de référence.

En traitement d'attaque chez les patients hospitalisés, la pénicilline G est utilisée à la dose de 10 à 20 millions d'unités par jour en 4 ou 6 perfusion, et cela jusqu'à l'obtention de l'apyrexie.

Le relais par une forme orale (pénicilline V 3 à 6 millions d'unités par jour en trois prises, amoxicilline 3 à 4.5 g par jour en trois prises) se fait jusqu'à disparition des signes locaux, soit de 10 à 20 jours.

Le traitement oral par amoxicilline aux mêmes doses que ci-dessus est possible en cas de non hospitalisation.

Les macrolides et surtout la pristinamycine peuvent constituer une alternative thérapeutique à utiliser en deuxième intention.

En cas d'intolérance ou d'allergie à la pénicilline, on prescrira de la pristinamycine, un macrolide ou la clindamycine.

Le traitement de la douleur devra être pris en compte.

Il n'existe aucun argument pour proposer un traitement anticoagulant préventif systématique chez les patients atteints d'érysipèle. Ce dernier doit être discuté si les malades atteints d'érysipèle présentent des facteurs de risque thrombo-emboliques particuliers. Ce sont des facteurs de risque et non l'érysipèle qui motive le traitement anticoagulant préventif.

On peut proposer le port de bande de contention élastique (force deux ou trois) bilatérale, lors d'érysipèle des membres, ainsi qu'un lever précoce si le malade est alité.

Traitement préventif :

- Primaire : traitement de la porte d'entrée (intertrigo inter-orteil, ulcère de jambe), amélioration des troubles circulatoires (port de bas de contention, drainage lymphatique...) hygiène cutanée soignée.
- Secondaire : idem
- Tertiaire : en cas de plusieurs récurrences ou lorsque les facteurs favorisants sont incontrôlables, une antibiothérapie préventive à base de pénicilline est possible (Extencilline ®(benzathine-pénicilline) 2.4 millions d'unités IM toutes les 2 à 3 semaines ou pénicilline V 2 à 4 millions d'unités par jour en deux prises orales).

6.2.2. Traitement des dermo-hypodermes infectieuses :

Il repose sur une antibiothérapie probabiliste initiale anti-streptococcique et anti-staphylococcique et ensuite adaptée au germe retrouvé sur le prélèvement.

En cas de morsure animale, l'amoxicilline est l'antibiotique de référence.

Les macrolides ou la pristinamycine peuvent être utilisés en cas d'allergie aux β -lactamines.

6.2.3. Traitement d'une fasciite nécrosante

C'est une urgence médico-chirurgicale. Il doit être fait en milieu spécialisé.

Le traitement consiste à exciser toutes les zones nécrotiques.

Une antibiothérapie parentérale associant une pénicilline G ou céphalosporine, et aminosides est débutée, adaptée ensuite selon les données de l'antibiogramme.

Le métronidazole est utilisé en cas de suspicion de germe anaérobies.

Une réanimation est indispensable d'emblée visant à corriger le déficit nutritionnel, l'hypovolémie, d'éventuels désordres électrolytiques...

6.2.4. Traitement d'une hypodermite inflammatoire en rapport avec une insuffisance veineuse

Le repos et les antalgiques sont de mise. Une contention élastique est nécessaire. Les anti-inflammatoires oraux sont proposés par certaines équipes en s'assurant du diagnostic (l'utilisation réclame la plus grande prudence ; l'association entre la survenue de fasciites nécrosantes et les AINS est suggérées dans les données de la littérature).

6.2.5. Traitement d'un eczéma

Il repose sur l'éviction de l'allergène supposé. L'utilisation des corticostéroïdes locaux amène une amélioration rapide.