



Année 2022

Thèse N° 197/22

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA VILLE DE FÈS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉRYSIPELE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/05/2022

PAR

Mlle. JIHANE EL BOUGRINI

Née le 01 Octobre 1996 à El Menzel

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Connaissances – Médecins Généralistes – Érysipèle

JURY

Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA PRÉSIDENT

Professeur de Dermatologie

Mme. BAY BAY HANANE..... RAPPORTEUR

Professeur agrégé de Dermatologie

M. EL AZAMI EL IDRISI MOHAMMED.....

Professeur d'Immunologie

Mme. EL FAKIR SAMIRA..... } JUGES

Professeur d'Epidémiologie clinique

Mme. RABHI SAMIRA.....

Professeur de Médecine interne

PLAN

LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX	8
ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
A. Généralités	12
1. Définition	12
2. Epidémiologie	12
3. Historique et éléments nosologiques des infections bactériennes de la peau	12
4. Facteurs favorisants	14
5. Microbiologie/Physiopathologie	15
6. Diagnostic	16
7. Prise en charge thérapeutique	30
8. La prévention primaire et secondaire de l'érysipèle	37
B. Contexte de la thèse	39
C. Hypothèse et question de recherche	39
OBJECTIFS	40
A. Objectif principale	41
B. Objectifs secondaires	41
MATERIEL ET METHODES	42
A. Type d'étude	43
B. La population cible	43
1. Critères d'inclusion	43
2. Critères d'exclusion	43
3. Echantillonnage	43
C. Collecte des données	44

1. Elaboration du questionnaire	44
2. Distribution et récupération des questionnaires	45
D. Saisie et analyse des données	45
E. Considérations éthiques	46
RÉSULTATS	47
A. Analyse descriptive.....	48
1. Effectif des médecins participants	48
2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants	48
2.1. Selon l'âge	48
2.2. Selon le sexe	48
2.3. Selon le secteur d'exercice	49
2.4. Selon l'ancienneté d'exercice	49
3. Formation suivie en dermatologie	50
4. Données épidémiologiques générales	51
5. Diagnostic positif	52
5.1. Les facteurs favorisants	52
5.2. Les portes d'entrée de l'érysipèle	52
5.3. Localisations	53
5.4. Les signes cliniques	54
5.5. Les signes cliniques de gravité	54
5.6. Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante	55
5.7. Les complications observées	56
5.8. La place des examens para cliniques	56
6. Attitude thérapeutique	57
6.1. Les indications d'hospitalisation initiale	57

6.2. La prescription d'antibiotique en ambulatoire	58
6.3. Les mesures associées	58
7. La surveillance	62
B. Analyse uni variée	63
DISCUSSION	64
A. Représentativité de l'échantillon	65
1. Selon l'âge	65
2. Selon le sexe	66
3. Selon le mode d'exercice	66
4. Selon l'ancienneté d'exercice	66
A. Formation suivie en dermatologie	66
B. Données épidémiologiques générales	66
C. Diagnostic.....	67
1. Facteurs favorisants	67
1.1. Facteurs favorisants généraux.....	69
1.2. Facteurs favorisants locorégionaux	69
2. Localisations	72
3. Les signes cliniques	73
4. Les signes cliniques de gravité.....	74
5. Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante.....	74
6. Les complications	75
7. La place des examens para cliniques	75
D. Attitude thérapeutique	77
1. Critères d'hospitalisation initiale.....	77
2. Prise en charge ambulatoire de l'érysipèle	79

2.1. Traitement antibiotique	79
2.2. Le traitement de la porte d'entrée	80
2.3. La Place de l'anti coagulation préventive	80
2.4. La Place d'anti-inflammatoires.....	80
2.5. Mesures thérapeutiques associées	81
E. Mesures prophylactiques.....	82
1. Prévention primaire	82
2. Prévention secondaire	82
F. Analyse uni variée	83
POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	84
PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS	86
CONCLUSION	88
RESUMES	91
ANNEXES	97
BIBLIOGRAPHIE.....	107

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Histologie cutanée et sous-cutanée et infections des tissus mous	14
Figure 2: Plaie au niveau du 1 ^{er} espace inter orteil avec intertrigo inter-orteil mycosique diffus et macéré en bilatéral.....	15
Figure 3: Placard érythémateux œdémateux chaud mal limité prenant tout le pied droit arrivant jusqu'à la cheville.	18
Figure 4: Erysipèle grave: Placard érythémateux œdémateux chaud douloureux purpurique discontinu circonférentiel prenant toute la jambe gauche, avec présence d'un intertrigo inter orteils diffus	20
Figure 5 : Erysipèle grave : Placard érythémateux oedémateux chaud douloureux bien limité de contours irréguliers prenant toute la jambe gauche, purpurique avec présence de bulles tendues à contenu clair siégeant au niveau de la bordure du placard. Présence d'ulcérations bi-malléolaires, Intertrigo inter orteils diffus et macérés.....	21
Figure 6: Fasciite nécrosante : Bulles et phlyctènes hémorragiques avec œdème dépassant l'érythème.....	25
Figure 7: Répartition des médecins selon l'âge	48
Figure 8: Répartition des MG selon le secteur d'exercice.....	49
Figure 9 : Répartition des médecins selon l'ancienneté d'exercice.....	49
Figure 10 : Répartition des médecins selon le type de formation.....	50
Figure 11 : Fréquence estimée des cas d'érysipèle pris en charge en médecine générale	51
Figure 12 : les facteurs favorisants observés par les médecins généralistes.....	52
Figure 13 : Les signes cliniques ayant orienté le diagnostic d'érysipèle	54

Figure 14 : Les examens para cliniques demandés.....	56
Figure 15: la prescription d'anti coagulation préventive	59
Figure 16 : La prescription d'antibioprophylaxie	61
Figure 17 : l'antibioprophylaxie prescrite par les MG	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les portes d'entrée de l'érysipèle	53
Tableau 2 : Les signes cliniques de gravité	55
Tableau 3 : Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante	55
Tableau 4 : les comorbidités indiquant l'hospitalisation.....	57
Tableau 5 : la durée du traitement antimycosique.....	59
Tableau 6 : Facteurs généraux favorisant l'érysipèle objectivés dans différentes études	70
Tableau 7 : Facteurs locorégionaux favorisant l'érysipèle objectivés dans différentes études	71
Tableau 8 : Localisations de l'érysipèle décrites dans différentes études	72
Tableau 9 : Signes cliniques de l'érysipèle objectivés dans différentes études	73
Tableau 10: Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante:	74
Tableau 11 : Complications de l'érysipèle objectivées dans différentes études	75
Tableau 12 : Examens complémentaires à visée diagnostique dans différentes études	77
Tableau 13 : Motifs d'hospitalisation initial de l'érysipèle dans différentes études...	78
Tableau 14 : Antibiotiques préconisés dans différentes études pour traiter l'érysipèle	79
Tableau 15 : Prescription d'anti-inflammatoires dans le traitement de l'érysipèle selon différentes études	81

ABREVIATIONS

AINS	: Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
Amox – ac clav	: Amoxicilline – acide clavulanique
ASLO	: Anticorps anti-streptolysine O
CPK	: Créatine phosphokinase
CRP	: Protéine C réactive
DHB	: Dermohypodermites Bactériennes
DHBNN	: Dermohypodermites Bactériennes Non Nécrosantes
DHBN	: Dermohypodermites Bactériennes Nécrosantes
FN	: Fasciite Nécrosante
g /mg	: Grammes/ Milligrammes
j	: Jour
IM	: Injection intramusculaire
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MU	: Millions d'Unités
MG	: Médecins généralistes
NFS	: Numération formule sanguine
PEC	: Prise en charge
PNN	: Polynucléaires neutrophiles
qSOFA	: quick SOFA
SA	: Staphylococcus aureus
SFD	: Société Française de Dermatologie
SPILF	: Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SGA	: Streptocoque du groupe A
TVP	: Thrombose veineuse profonde

UI : Unité internationale

VS : Vitesse de sédimentation

% : Pour cent

B : Bêta

INTRODUCTION

A. Généralités :

1. Définition

La dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) est une infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, limitée au derme et à l'hypoderme.

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë (non nécrosante) d'origine bactérienne essentiellement streptococcique, pouvant récidiver.

2. Epidémiologie

C'est une pathologie fréquente survenant généralement chez l'adulte de plus de 40 ans. L'âge moyen de survenue serait de 60 ans, et 85 % des cas sont localisés au niveau des membres inférieurs. L'incidence annuelle des DHBNN est globalement stable, de l'ordre de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants(1).

3. Historique et éléments nosologiques des infections bactériennes de la peau

Historiquement, l'érysipèle a été d'abord décrit au visage. Dans cette localisation, l'érysipèle était considéré comme une infection streptococcique due le plus souvent à *Streptocoques pyogènes*, et le diagnostic était affirmé cliniquement sur la présence d'un bourrelet périphérique. Actuellement, l'érysipèle est dans plus de 85 % des cas localisé aux membres inférieurs et dans moins de 10% des cas au visage. Ce changement d'aspect de l'érysipèle a fait apparaître plusieurs difficultés diagnostiques : la disparition du principal argument diagnostique (le bourrelet périphérique) et un problème de nosologie avec l'ensemble des dermo-hypodermites bactériennes et en particulier ce que les Anglo-Saxons dénomment *cellulitis*.

En 2000, la conférence de consensus de la Société de pathologie infectieuse de langue française et Société française de dermatologie a mis fin à la confusion

terminologique entre érysipèle, cellulite et FN(1).

La peau est constituée de trois couches qui sont de la superficie à la profondeur, l'épiderme, le derme et l'hypoderme (Figure1). Le fascia superficialis est une structure inconstante, très grêle, située au sein de la graisse hypodermique et ne constitue pas une barrière à l'infection. L'aponévrose superficielle est une véritable aponévrose, extrêmement résistante, située en dessous de la graisse hypodermique et est fermement adhérente au muscle. Cette aponévrose superficielle est donc profonde par rapport au fascia superficialis avec lequel la confusion est fréquente. Par ailleurs, le terme de « tissu cellulaire sous-cutané », qui correspond en fait à l'hypoderme, doit être abandonné : les véritables tissus sous-cutanés sont l'aponévrose superficielle et le muscle.

Ainsi, l'on distingue (Figure1) :

- La dermohypodermite bactérienne (DHB), représentée principalement par l'érysipèle : c'est une infection cutanée diffuse excluant les infections avec un foyer suppuratif tel que l'abcès sous-cutané. Le terme de cellulite provenant de l'anglicisme (cellulites) ne doit plus être utilisé car trop imprécis. Le traitement de la DHB est médical ;
- La dermohypodermite bactérienne nécrosante (DHBN), qui associe une nécrose de l'hypoderme puis du derme mais sans atteinte de l'aponévrose superficielle ;
- La FN qui comporte en plus une nécrose qui intéresse ou dépasse l'aponévrose superficielle avec des atteintes plus ou moins profondes des fascias intermusculaires.

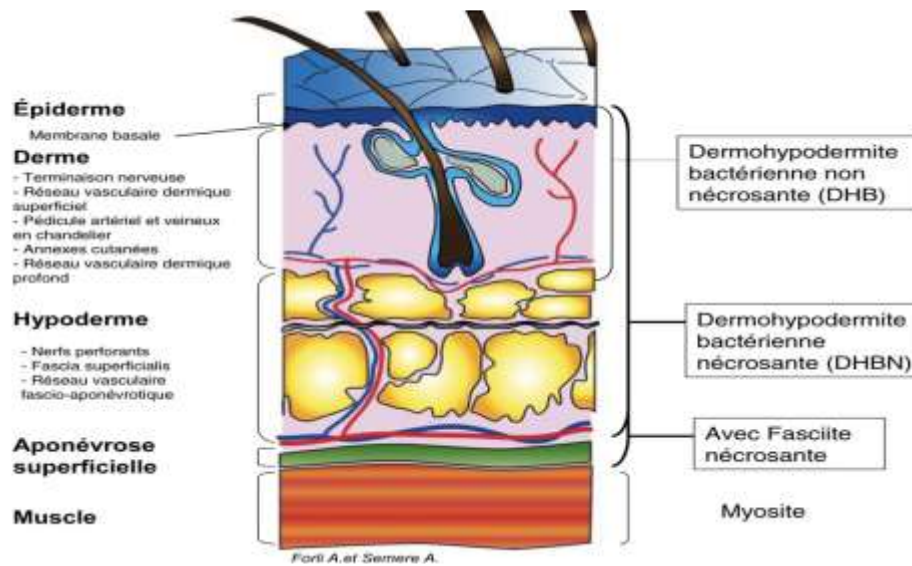


Figure 1: Histologie cutanée et sous-cutanée et infections des tissus mous

4. Facteurs favorisants :

Chez l'adulte, les facteurs de risque de DHBNN à streptocoques du membre inférieur sont un antécédent personnel de DHBNN, l'obésité, la présence d'un œdème chronique ou d'un lymphœdème de jambe, et la présence d'une porte d'entrée cutanée (effraction de la barrière cutanée par intertrigo, dermatose sous-jacente, plaie, etc.) (Figure 2). Pour la DHBNN à streptocoques du membre supérieur, la présence d'un lymphœdème, notamment en cas de cancer du sein chez la femme, avec ou sans chirurgie ou radiothérapie, est un facteur favorisant fréquemment rapporté.

Chez l'enfant, le principal facteur de risque de DHBNN est la varicelle (2).



Figure 2: Plaie au niveau du 1^{er} espace inter orteil avec intertrigo inter-orteil mycosique diffus et macéré en bilatéral.

Photos du service de dermatologie CHU Hassan II FES

5. Microbiologie/Physiopathologie :

Toutes les études s'accordent à reconnaître que la première espèce bactérienne retrouvée à l'origine d'érysipèle est *Streptococcus pyogènes* (streptocoque de groupe A ou SPA). D'autres streptocoques beta-hémolytiques viennent ensuite, appartenant à d'autres groupes : B, C ou G(3).

Tableau I. Place relative des différents genres et espèces bactériens retrouvés dans les érysipèles		
	<i>Genres et espèces</i>	<i>Fréquence (%)</i>
Cocci Gram+	<i>Streptocoques</i>	
	<i>Streptococcus pyogènes(A)</i>	58 à 67
	<i>Streptococcus agalactia (B)</i>	3 à 9
	<i>Streptococcus equisimilis (C)</i>	5 à 7
	<i>Streptococcus du groupe G</i>	14 à 25
	<i>Staphylocoques</i>	
	<i>Staphylococcus aureus</i>	10 à 17
Bacilles Gram –	<i>Pseudomonas aeruginosa, entérobactéries</i>	5 à 50

La place des staphylocoques, essentiellement de *Staphylococcus aureus* a été certainement sous-estimée (tableau I), mais il est parfois difficile de faire la part d'un réel pouvoir pathogène; ainsi dans l'étude multicentrique conduite par Bernard (4), si *S. aureus* est isolé chez 22 patients sur 69, il est en situation pathogène seulement pour 12 d'entre eux (17 %). Par ailleurs, des associations microbiennes ne sont pas exceptionnelles notamment entre streptocoques et staphylocoques ; ainsi sur une série de 12 érysipèles, ils ont retrouvé une étiologie streptococcique sept fois dont trois en association à *S. aureus* (5). Bernard (6) ,avait mis l'hypothèse d'une possible synergie entre streptocoques et *S. aureus*. Toutefois un portage cutanéomuqueux de *S. aureus* n'entraîne pas de surmorbidity dans les érysipèles à streptocoques du groupe A. Un certain nombre de bacilles à gram négatif (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *enterobacteries*...), parfois exigeants tel *Haemophilus influenza*, ont également été retrouvés dans des érysipèles seuls ou associés à d'autres bactéries notamment des cocci à gram positif. D'autres espèces peuvent être à l'origine d'érysipèles ou de lésions érysipèles-like notamment dans un contexte de maladie de Lyme due à *Borrelia burgdorferi* et de bactériémies à *Campylobacter jejuni* (7).

6. Diagnostic

L'érysipèle est une infection bactérienne cutanée aigue essentiellement due au streptocoque. Le diagnostic d'érysipèle est, pour les auteurs classique, facile et clinique.

6.1. Diagnostic clinique :

L'érysipèle associe des signes généraux (fièvre, frissons, malaise, syndrome pseudo-grippal) et des signes locaux. Certains auteurs insistent sur la précession des signes généraux sur les signes locaux dans l'érysipèle ((8),(9)). Dans sa leçon sur l'érysipèle, Kaposi affirmait que le placard inflammatoire était précédé de 12 à 24 heures par des frissons et /ou un malaise général(10).

6.1.1. Signes généraux :

La fièvre est habituellement élevée : 38,5 à 39°C voire 40°C ((9), (11)). Mais peu d'auteurs donnent comme critère diagnostique un seuil différent de 38°C. Il est parfois proposé 38,5 °C ((12),(13)) ou 39°C ((14), (5)). Duvanel et Harms (15) ont trouvé une valeur diagnostique à la fièvre pour séparer les érysipèles dont la température moyenne était de 38,5 °C, des dermo-hypodermes bactériennes non streptococciques (température moyenne 37,7°C) et des fasciites nécrosantes (température 36,5°C).

Les frissons sont un signe trop subjectif pour que la prévalence ou la valeur diagnostique ait été réellement étudiée dans l'érysipèle. Toutefois, il pourrait remplacer la fièvre comme critère diagnostique dans des études épidémiologiques(16). En effet, la fièvre est absente au moment de l'hospitalisation dans 15 % des cas (8), même en l'absence d'antibiothérapie.

6.1.2. Signes locaux :

L'atteinte cutanée est caractérisée par l'apparition de façon aiguë d'un placard inflammatoire (érythème chaud, douloureux et œdémateux) qui s'étend en quelques jours à une vitesse de 2 à 10 cm par jour, pour atteindre 10 à 15 cm en moyenne(17)(Figure 3). Ce placard est habituellement isolé, Il n'existe pas de tendance à la guérison centrale, et la guérison par les bords est habituelle. Dans le

placard typique, les lésions sont à bords nets, avec au visage le bourrelet caractéristique. Ces caractéristiques ont une bonne valeur diagnostique ((18), (8), (19),(20)), mais sont inconstantes ((21),(22)). La présence de bulles (dus à l'intensité de l'œdème) est en faveur d'un érysipèle plutôt que d'une dermo-hypodermite bactérienne non streptococcique (23) . On peut également observer un purpura pétéchial, mais pas de nécrose et rarement des pustules. Il existe fréquemment une adénopathie sensible et /ou une lymphangite. Leur absence, plus fréquente dans la fasciite nécrosante, est pour certains un argument contre le diagnostic d'érysipèle(23). Néanmoins, une adénopathie n'est observée que dans 46% des cas (24) et une lymphangite dans 26 % (24). Il n'existe pas d'atteintes d'autres organes, en particulier pas d'angine ou de pharyngite (25).



Figure 3: Placard érythémateux œdémateux chaud mal limité prenant tout le pied droit arrivant jusqu'à la cheville. Photos du service de dermatologie CHU Hassan II FES

6.1.3. Signes de gravité :

Les patients fragiles (immunodépression, terrain débilité, sujet âgé, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, etc.) sont plus à risque de développer une forme grave (ou compliquée) de l'érysipèle, en premier lieu une forme nécrosante (DHBN)(2).

Il est recommandé de rechercher la présence d'un ou de plusieurs des éléments suivants, qui doivent faire suspecter une forme grave(2) :

- Signes généraux de sepsis (Score de qSOFA chez l'adulte : troubles de conscience, fréquence respiratoire > 22 /minute et PAS < 100 mmHg), ou de choc toxinique ;
- Douleur particulièrement intense, discordante avec les signes locaux, impotence fonctionnelle ;
- Signes locaux de gravité : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale ;
- Extension rapide des signes locaux en quelques heures ;
- Aggravation des signes locaux 24 à 48 heures après l'introduction de la première antibiothérapie, malgré un traitement adapté



Figure 4: Erysipèle grave: Placard érythémateux œdémateux chaud douloureux purpurique discontinu circonférentiel prenant toute la jambe gauche, avec présence d'un intertrigo inter orteils diffus

Photos du service de dermatologie CHU Hassan II FES



Figure 5 : Erysipèle grave : Placard érythémateux oedémateux chaud douloureux bien limité de contours irréguliers prenant toute la jambe gauche, purpurique avec présence de bulles tendues à contenu clair siégeant au niveau de la bordure du placard. Présence d'ulcérations bi-malléolaires, Intertrigo inter orteils diffus et macérés

Photos du service de dermatologie CHU Hassan II FES

6.2. Situations particulières :

6.2.1. Formes topographiques :

- **La face :**

L'érysipèle de la face est actuellement très rare. Il est généralement dû au SGA.

Le placard de dermohypodermite est unilatéral, habituellement très bien limité, avec parfois un bourrelet périphérique.

C'est une forme clinique à distinguer de la staphylococcie « maligne » de la face.

La staphylococcie « maligne » de la face est exceptionnelle. Elle est suspectée devant le contexte (furoncle manipulé), la topographie centro-faciale, le placard inflammatoire à bords mal limités, et l'importance des signes généraux. Sa suspicion impose une hospitalisation en urgence.

La suspicion de staphylococcie de la face doit faire rechercher des signes de thrombophlébite du sinus caverneux (céphalées, cordon veineux facial, exophtalmie, ophtalmoplégie, œdème papillaire, baisse unilatérale de l'acuité visuelle).

Les deux principaux diagnostics différentiels des DHBNN de la face (malgré l'absence de fièvre) sont les kystes épidermiques surinfectés et les zonas de la face.

- **Région fessière, périnée et organes génitaux externes**

Les DHBNN de la région fessière et du périnée sont très rares, généralement d'origine streptococcique, mais avec l'implication potentielle d'autres bactéries. Elles sont parfois favorisées par un lymphoedème post-chirurgical. Le placard de dermohypodermite est généralement unilatéral. La porte d'entrée est souvent un intertrigo inter fessier.

Les DHBNN des organes génitaux externes sont favorisées par les relations sexuelles traumatisantes et souvent dues au streptocoque du groupe B.

Le diagnostic différentiel de la DHBNN du périnée est la gangrène de Fournier. Elle se présente sous la forme d'une DHBN du périnée et des organes génitaux externes d'extension rapide dans un contexte de sepsis. Dans ce cas, il est recommandé d'hospitaliser le patient en urgence (appel au centre 15 et orientation dans un service adapté).

6.2.2. Formes selon le terrain :

- **Obésité**

L'obésité (IMC > 30) est un facteur de risque indépendant de DHBNN et d'hospitalisation. Les patients obèses sont plus à risque d'échec thérapeutique du fait d'un risque de sous-dosage, de rechute ou de complications.

- **Immunodépression**

La présentation clinique est souvent trompeuse (peu de signes inflammatoires) et fait sous-estimer la gravité, en particulier la possibilité de nécroses profondes.

Certaines DHBNN peuvent être dues à des agents pathogènes particuliers, tels que des bacilles à Gram négatif (*Escherichia coli*), ou des bactéries opportunistes.

- **Enfant**

Les DHBNN chez l'enfant surviennent le plus souvent chez des sujets immunocompétents et en association à la varicelle. Leur épidémiologie bactérienne est différente de celles de l'adulte, avec présence de *Staphylococcus aureus* (SA) en association au SGA.

6.3. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic de l'érysipèle est habituellement fait sur des critères cliniques peu spécifiques tels que la présence d'un placard inflammatoire fébrile ((26),(27)) .Il est donc nécessaire d'envisager l'ensemble des maladies pouvant être à l'origine d'une telle symptomatologie avant de prendre en charge un érysipèle.

Le problème majeur est de savoir différencier l'érysipèle des dermohypodermite nécrosantes ou de la fasciite nécrosante dont les signes initiaux peuvent être proches, bien que ces affections soient des maladies distinctes dont la gravité et la prise en charge sont radicalement différentes [1].

Certains diagnostics différentiels sont aisés à éliminer : la phlébite profonde et superficielle, les autres dermohypodermite bactériennes aiguës non streptococciques (*Erysipelothrix rhusiopathiae*, *Hemophilus influenzae* (type b), *Aeromonas hydrophyla*, *Pasteurella multocida*) et l'érythème migrant à *Borrelia burgdorferi*, qui devront être suspectés sur l'anamnèse et l'échec de l'antibiothérapie (1).

D'autres diagnostics différentiels ont des limites imprécises avec celui d'érysipèle (1):

- La dermite de stase responsable d'une grosse jambe rouge parfois fébrile, souvent bilatérale sur un terrain veineux pathologique et évoluant par poussées inflammatoires souvent spontanément régressives. Il n'existe pas d'argument bactériologique (car l'absence de détection du streptocoque n'est pas rare dans l'érysipèle) ni évolutif ou thérapeutique (la régression spontanée pouvant se voir dans l'érysipèle) pour formellement éliminer le rôle du streptocoque dans ces formes ;

- Les dermo-hypodermes sur cicatrice d'intervention (prothèse de hanche, réduction mammaire, prise de greffon saphène) donnant un placard inflammatoire sur la cicatrice, souvent fébrile, qui peuvent relever de plusieurs mécanismes (infectieux, allergique...).

Enfin, on élimine la cellulite de Wells et la maladie périodique.



Figure 6: Fasciite nécrosante : Bulles et phlyctènes hémorragiques avec œdème dépassant l'érythème.

Photos du service de dermatologie CHU Hassan II FES

6.4. Place des examens para cliniques :

Ils ne sont pas nécessaires dans un érysipèle typique. Dans les formes atypiques, leur intérêt est limité par leur manque de sensibilité et de spécificité : l'examen clinique reste primordial.

6.4.1. Examens bactériologique :

Le diagnostic bactériologique des érysipèles est difficile, Il repose classiquement sur des techniques de bactériologie directe (examen direct et culture) et sur des examens sérologiques(3).

Diagnostic direct :

Les prélèvements peuvent être effectués au niveau d'une éventuelle porte d'entrée par écouvillonnage et/ou au niveau du placard soit par aspiration de sérosité, soit par biopsie punch de 4 mm de diamètre.

L'examen direct réalisé à partir des prélèvements cutanés est le plus souvent négatif. Ses performances sont améliorées par l'utilisation d'anticorps fluorescents dirigés contre des structures pariétales des agents bactériens connus ou supposés être à l'origine de l'affection.

La mise en culture des prélèvements cutanés se fait sur des milieux solides et liquides permettant la croissance des bactéries exigeantes dont les streptocoques pendant 48 heures à 37°C. Seule technique permettant l'isolement de la bactérie et l'étude de sa sensibilité aux antibiotiques, elle est cependant peu sensible (14 à 41%). Une origine streptococcique est retrouvée majoritairement dans les cultures positives. Dans certains prélèvements coexistent streptocoques et staphylocoques. Les staphylocoques posent problème quant à leur rôle dans l'érysipèle dans la mesure où certains font partie de la flore normale. Seuls les Staphylocoques aureus sont en général pris en considération comme pathogènes. Ils sont en deuxième place après

les streptocoques. De nombreuses autres bactéries (E. coli, P. mirabilis, Serratia, Klebsiella, Pseudomonas, Acinetobacter, streptocoques non groupables) ont pu être isolées à moindre fréquence. Leur rôle exact dans la genèse de l'infection ne saurait être établi à ce jour.

Les hémocultures sont réalisées lors des pics fébriles ou lors des frissons. Pour chaque ponction, un flacon aérobie et un flacon anaérobie serontensemencés, et incubés et observés pendant cinq jours. Bien que plus fiables que les prélèvements cutanés, les hémocultures offrent un faible rendement, une bactériémie n'étant objectivée que dans 2 à 11 % des cas selon les études. Les streptocoques β -hémolytiques sont les plus fréquemment isolés, ceux des groupes A et G étant en tête de liste.

La détection d'antigènes et la détection de génome bactérien, utiles dans des situations particulières (antibiothérapie préalable, bactéries non cultivables par les méthodes classiques), ont fait l'objet de très peu d'études portant sur les dermohypodermite, limitées d'ailleurs aux streptocoques et staphylocoques.

Diagnostic indirect :

Dans le cadre des infections cutanées, le sérodiagnostic est limité à la détection d'anticorps dirigés contre des antigènes streptococciques et staphylococciques. Les tests qui peuvent être utilisés en pratique sont le dosage des ASLO et des ADN ases B pour les streptocoques et le dosage des anti-staphylolysines pour les staphylocoques. Cependant le diagnostic sérologique a un intérêt pratique faible du fait du délai nécessaire pour objectiver la séroconversion et des problèmes de spécificité. De plus, il est possible qu'une antibiothérapie précoce empêche l'élévation franche des taux d'anticorps.

6.4.2. Examens biologiques de routine

Ils objectivent un syndrome inflammatoire (élévation VS, augmentation du taux de CRP, hyperleucocytose à PNN) non spécifique, mais qui conforte l'origine infectieuse. Ce manque de spécificité plaide contre leur recours systématique, notamment en cas d'érysipèle typique pris en charge en médecine de ville.

6.4.3. Examens orientés selon le terrain :

Chez des patients à comorbidités, des examens para cliniques peuvent être orientés par la suspicion de complications dont la décompensation de tare.

6.4.4. Place de l'imagerie médicale :

L'échographie et le scanner, qui peuvent montrer la structure des tissus mous, permettent d'apprécier les lésions en profondeur en ce qui concerne les DHB en général. L'IRM permet d'évaluer avec plus de précision la profondeur des tissus atteints.

Ces examens n'offrent pas de bénéfice supplémentaire pour le diagnostic d'érysipèle par manque de spécificité. En cas de doute diagnostique dans les formes sévères, le recours à une IRM en urgence peut être justifié. L'écho-doppler veineux du membre inférieur est l'examen le plus fréquemment pratiqué sachant que la thrombose veineuse profonde du membre inférieur est à la fois un des diagnostics différentiels les plus souvent évoqués et une complication possible de l'érysipèle(28).

6.5. Evolution /complication :

L'évolution sous traitement est favorable sous traitement antibiotique dans 8 à 9 cas sur 10 en pratique hospitalière ou en médecine ambulatoire, tous traitements confondus(29).

L'apyrexie est obtenue avant l'amélioration des signes locaux. Quatre-vingts pour cent des patients ont une température inférieure à 38 °C en 72 h, mais 20 % ont encore un œdème et 40% un érythème au septième jour(1).

Les complications : Elles sont exceptionnelles (2) :

- Les complications locales :

La récurrence est la principale complication de la DHBNN de l'adulte (20 à 30 % des cas).

La formation d'un abcès peut survenir dans 1 à 8 % des cas

- Complications générales : Décompensation des comorbidités, Sepsis, choc septique, Choc toxique (en particulier chez l'enfant), bactériémie : elle est très rare (< 5 %) dans les DHBNN de l'adulte, sauf si elles sont dues à des *Staphylococcus aureus* (SA).

7. Prise en charge thérapeutique

7.1. Traitement antibiotique :

Rationnel microbiologique et molécules utilisables :

Le traitement de première intention de l'érysipèle doit faire appel à une antibiothérapie active sur les germes habituellement incriminés, c'est-à-dire en pratique les streptocoques β -hémolytiques (streptocoque de groupe A : *Streptococcus pyogenes*, et streptocoques des groupes B, C, ou G).

Les antibiotiques utilisables dans ce traitement, en général présomptif, appartiennent à la famille des bêta lactamines, ou à celle des macrolides et apparentés (lincosamides et synergistines)(30).

- **Les β lactamines :**

In vitro les streptocoques impliqués dans les érysipèles restent très sensibles aux β lactamines.

- **Les pénicillines G et V** ont un spectre antibactérien étroit incluant les streptocoques et certains germes anaérobies. La pénicilline G injectable est l'antibiotique de référence du traitement de l'érysipèle, en grande partie validé par des études rétrospectives et seulement par 2 études prospectives. Les doses, modalités d'administration et durée de traitement sont variables. La plupart des auteurs utilisent la pénicilline G intraveineuse (IV), à la dose de 12 millions d'unités par jour sur une durée de 5 à 10 jours. Dès l'obtention d'une apyrexie stable et amélioration des signes locaux, un relais oral est effectué soit par pénicilline V (4 à 6 MU/j), soit par les macrolides (érythromycine 2 g/j) ou la clindamycine en cas d'allergie à la pénicilline, soit par la pristnamycine (3 g/j).

D'autres auteurs prennent d'emblée un relais par la benzathine-pénicilline intramusculaire(IM).

L'administration de pénicilline V (4 à6 MU/j) en traitement oral d'emblée a été comparée à la pénicilline G dans une seule étude avec des résultats similaires mais sur un petit nombre de patients.

- *Les pénicillines du groupe A*, notamment l'amoxicilline, n'ont pas donné lieu à des essais spécifiques. Cependant leur spectre, leur pharmacocinétique et leur usage en pratique courante actuelle, permettent d'envisager leur utilisation dans l'érysipèle. Elles ont l'avantage d'une bonne tolérance et d'une administration possible par voie orale (3 à 4,5 g/j en 3 prises) ou intraveineuse (3 à 6 g/j en 3 ou 4 administrations quotidiennes).
- *Les autres β lactamines* ont des spectres antibactériens élargis en particulier au *Staphylococcus aureus* méthicilline-sensible (pénicillines du groupe M avec l'oxacilline et la cloxacilline, association amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporines) à certains anaérobies et bacilles Gram négatif.

Le rôle étiopathogénique de *Staphylococcus aureus* dans l'érysipèle typique de jambe restant incertain, il est impossible, dans l'état actuel des connaissances, de recommander en première intention un antibiotique actif à la fois sur le staphylocoque et le streptocoque.

Ces autres *β lactamines* trouvent leur place en deuxième intention, en cas d'évolution non satisfaisante.

- **Les macrolides et apparentés (lincosamides, synergistines) :**

Deux études prospectives françaises, l'une comparant la roxithromycine à la pénicilline G et une étude ouverte, non comparative avec la pristinamycine (3 g/jour)

apportent des arguments d'usage de ces composés. L'utilisation d'un macrolide est sous-tendue par la sensibilité de l'agent en cause ; l'incertitude actuelle sur l'évolution des phénomènes de résistance des streptocoques aux macrolides justifie une surveillance épidémiologique des résistances et ne permet pas de les recommander en première intention.

La pristinamycine a un spectre adapté au streptocoque en faveur de son utilisation mais sa tolérance digestive variable peut rendre son observance difficile.

L'usage de la clindamycine est limité par les effets indésirables digestifs (diarrhée, colite pseudomembraneuse).

- **Les glycopeptides :**

Ils sont toujours actifs sur *Streptococcus pyogènes*. Leur usage n'est habituellement pas recommandé pour ce germe parce qu'ils n'offrent pas de supériorité sur les β lactamines ou les macrolides et apparentés, ni en terme d'activité antibactérienne, ni en terme de diffusion tissulaire. En revanche, ils sont actifs contre les *Staphylococcus aureus* résistants aux β lactamines et aux macrolides. La nécessité d'une administration parentérale et leur coût sont des éléments défavorables.

Toutes ces molécules sont disponibles au Maroc

7.2. Les indications thérapeutiques :

Les indications thérapeutiques dans les érysipèles dépendent de la décision d'hospitalisation ou de maintien à domicile, de la gravité du tableau clinique local et général, de l'incertitude diagnostique devant un tableau atypique, de la notion d'allergie aux β lactamines, de l'observance attendue d'une thérapeutique par voie orale et des maladies associées.

La posologie choisie doit tenir compte des conditions d'élimination, notamment rénale mais aussi du poids, particulièrement chez les sujets obèses(30).

- **Les critères d'hospitalisation :**

Aucune étude clinique prospective n'a tenter de valider des critères d'hospitalisation, ni même d'en préciser exactement les motifs dans le cas de l'érysipèle, Le fait que la totalité des études rétrospectives ou prospectives sur la maladie réalisées au cours des 20 dernières années soit strictement hospitalière 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 du moins en milieu hospitalier.

La littérature (1) suggère, le plus souvent indirectement, que les motifs principaux d'hospitalisation initiale sont :

- La sévérité du tableau général (fièvre, altération de l'état général, confusion) ou des signes locaux (bulles, purpura, nécrose, étendue du placard cutané, localisation céphalique) ;
- Le terrain: âge supérieur à 60 ans, comorbidités (diabète, alcoolisme, obésité, affection cardiovasculaire)
- Les modalités pratiques du traitement par pénicilline intraveineuse.

Une hospitalisation secondaire est recommandée en cas de :

- Apparition de signes de gravité locaux ou généraux
- Evolution défavorable dans les 24 à 48 heures suivant l'instauration du traitement antibiotique, notamment en cas de fièvre persistante, d'extension du placard inflammatoire.

- **En cas d'hospitalisation initiale :**

Un tableau clinique local ou général initial grave justifie le choix du traitement de référence par Pénicilline G en 4 à 6 perfusions par jour (150 000 UI/Kg/j). Les

contraintes et risques iatrogéniques de perfusions répétées justifient la validation par des essais comparatifs de nouvelles approches d'administration parentérale (administration courte, administration uni quotidienne par voie intramusculaire ou intraveineuse directe d'un antibiotique à demi-vie longue (ceftriaxone), et de traitements oraux d'emblée).

L'obtention de l'apyrexie permet le passage à une antibiothérapie orale (pénicilline V, amoxicilline) jusqu'à disparition des signes locaux, avec une durée totale de traitement comprise entre 10 et 20 jours.

Devant un érysipèle typique, sans signes de gravité, un traitement oral est justifié (amoxicilline). Il n'y a pas de consensus au sein du jury pour l'utilisation de la pristinamycine en première intention. La sortie précoce d'hospitalisation (3e-5e jour) est possible dès l'apyrexie sous réserve d'un relais par le médecin extrahospitalier qui doit s'assurer de l'absence de complications locales et de l'observance.

- **En cas de maintien à domicile :**

Un traitement oral par amoxicilline (3 à 4,5 g/j en 3 prises quotidiennes) est initié avec une surveillance attentive des signes généraux (apyrexie habituellement obtenue après 72 heures de traitement) et des signes locaux.

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

Le traitement est habituellement de 15 jours, avec contrôle en fin de traitement de la guérison et mise en place d'une prévention secondaire si nécessaire.

En cas d'allergie aux β lactamines Le choix se porte sur la pristinamycine ou la clindamycine. Certains antibiotiques disposent d'une formulation parentérale intraveineuse.

Les glycopeptides, en cas d'intolérance digestive ou veineuse à ces antibiotiques, peuvent trouver ici une indication.

7.3. Traitement local :

Aucune étude n'a évalué l'effet d'un traitement local antiseptique ou antibiotique à visée étiologique sur l'érysipèle ou sur la porte d'entrée. Compte tenu de la physiopathologie de l'érysipèle, il est raisonnable de penser qu'un tel traitement n'a aucun intérêt (1).

L'application de topiques anti-inflammatoires est contre-indiquée.

Le traitement adapté de la porte d'entrée (éradication d'un intertrigo interorteils, soins d'ulcère de jambe...) est par contre nécessaire.

7.4. Place d'anticoagulants :

L'utilisation d'un traitement anticoagulant adjuvant du traitement antibiotique de l'érysipèle des membres inférieurs s'est imposée progressivement comme un standard, en France notamment. Ainsi, des revues d'enseignement de large diffusion ont proposé une administration systématique d'héparine, fractionnée ou non, à dose ISO, voire hypo coagulante(30).

La peur d'une thrombose veineuse profonde (TVP) associée à un érysipèle, la difficulté du diagnostic différentiel phlébite-érysipèle sont les arguments les plus souvent avancés pour expliquer cette attitude. Cependant, le risque de survenue d'une TVP au cours de l'érysipèle des membres inférieurs est faible, Le risque de thrombose des sinus caverneux ne paraît pas augmenté en cas d'érysipèle du visage. Ce risque, considéré comme faible selon les critères d'estimation du risque de maladie veineuse thromboembolique en situation médicale ne justifie pas l'utilisation systématique d'anticoagulants à but prophylactique au cours de l'érysipèle des membres inférieurs.

Un traitement anticoagulant préventif doit être discuté si les malades atteints d'érysipèle présentent des facteurs de risque thromboembolique particuliers : risque modéré et surtout élevé. Ce sont ces facteurs de risque et non l'érysipèle qui motivent ce traitement anticoagulant préventif.

On peut proposer le port de bande de contention élastique (force 2 ou 3) bilatérale, lors d'érysipèle des membres, ainsi qu'un lever précoce si le malade est alité : thérapeutique faiblement iatrogène même si elle n'est rapportée que dans une étude.

S'il existe un doute quant au diagnostic différentiel érysipèle et thrombose veineuse profonde Il paraît légitime de pratiquer une exploration veineuse (écho Doppler veineux, ou éventuellement une phlébographie). Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement d'épreuve par anticoagulant.

7.5. AINS et corticoïdes :

Aucune étude ne justifie l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de corticoïdes au cours de l'érysipèle. Il n'y a pas de raison de penser qu'ils soient capables d'écourter les signes inflammatoires locaux ni qu'ils aient un intérêt dans la prévention

Des complications ou des séquelles de l'érysipèle. Ces médicaments n'ont donc pas d'indication au cours de l'érysipèle(30).

A l'inverse, de nombreuses observations publiées dans la littérature rapportent des complications à type de fasciites nécrosantes, survenues lors de l'utilisation d'AINS au cours de dermo-hypodermite aiguës bactériennes.

Des études plus rares font état d'une association entre la survenue de fasciite nécrosante et la prescription d'AINS dans des circonstances favorisant de dermo-hypodermite aiguës bactériennes, en particulier la varicelle chez l'enfant.

Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir de façon certaine une relation de cause à effet. L'utilisation des AINS est donc déconseillée.

En cas de fièvre élevée ou mal tolérée, des antipyrétiques et/ou antalgiques comme le paracétamol doivent être utilisés préférentiellement.

Il n'y a pas de données laissant supposer que les corticoïdes prescrits en phase aiguë de l'érysipèle puissent favoriser la survenue de fasciite nécrosante. A l'inverse, leur action immunosuppressive propre ou les affections pour lesquelles ils sont prescrits, parfois en association à d'autres immunosuppresseurs, augmentent vraisemblablement le risque de complications, en particulier septiques, de l'érysipèle.

Chez un malade traité au long cours par AINS ou par corticothérapie générale, il n'y a pas lieu de modifier ce traitement de fond lorsqu'il est indispensable.

8. La prévention primaire et secondaire de l'érysipèle :

8.1. La prévention primaire :

L'insuffisance veineuse et le lympoedème sont des facteurs favorisants. La prise en charge repose sur une mise en place d'une contention veineuse, par bandes ou bas, dès que la douleur le permet, pendant une durée d'au moins 3 semaines.

De même, le traitement des intertrigos inter orteils est nécessaire dans la population générale et particulièrement chez les malades présentant une stase veineuse ou lymphatique(30).

L'obésité, par ailleurs, doit aussi être prise en charge, par le médecin traitant, mais également de manière multidisciplinaire avec un nutritionniste.

8.2. La prévention secondaire :

L'érysipèle est une affection dont le taux de récurrence, évalué dans des études de suivi, est de 12 % à six mois et 30 % à trois ans(31). Les récurrences peuvent être nombreuses chez un même malade ; elles ne surviennent pas forcément dans le

même territoire(32) .Elles sont favorisées par la persistance ou la récurrence des facteurs initiaux ayant favorisé le premier épisode : lymphoedème, persistance ou récurrence de la porte d'entrée. Le rôle d'un traitement initial trop court ou trop tardif a été évoqué, mais aucune étude ne permet actuellement de retenir un tel facteur((33),(34)).

L'impact des mesures curatives de ces facteurs de risque de récurrence n'a jamais été évalué.

Cependant, la fréquence des récurrences conduit à penser qu'elles sont indispensables à mettre en œuvre dès le premier épisode d'érysipèle. La connaissance des facteurs favorisants suggère qu'elles doivent reposer sur :

- L'identification et le traitement efficace de la porte d'entrée, surtout quand elle est chronique. C'est le cas en particulier de la prise en charge adaptée d'un intertrigo inter orteils et de ses facteurs favorisants ;
- La prise en charge au long cours d'un lymphoedème ou d'un œdème de cause veineuse par contention et/ou drainage lymphatique manuel.

La prophylaxie des récurrences par traitement antibiotique prolongé a été évaluée dans quelques études comparatives, certaines de méthodologie discutable.

Une antibiothérapie préventive des récurrences s'adresse donc préférentiellement aux malades ayant déjà eu plusieurs récurrences (à partir de deux épisodes dans l'année écoulée) ou chez qui les facteurs favorisants sont difficilement contrôlables.

Elle fait appel aux pénicillines : pénicilline V, 2 à 4 g par jour en 2 prises quotidiennes par voie orale ou benzathine pénicilline, 2,4 millions d'unités toutes les 2 à 3 semaines par voie intramusculaire. Cette deuxième modalité peut être le garant d'une bonne observance.

En cas d'allergie aux β -lactamines, le traitement fait appel à un macrolide par voie orale.

Elle doit être très prolongée voire définitive car son effet n'est que suspensif.

B. Contexte de la thèse

L'érysipèle est une pathologie fréquente, elle peut entraver le pronostic vital et fonctionnel, et la prise en charge peut se faire en ambulatoire ou en hospitalier.

Les médecins généralistes sont les premiers à la prendre en charge, pourtant il ya peu d'études à l'échelle nationale et pas d'études à la région de Fès concernant l'évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de diagnostic et de traitement de l'érysipèle.

C. Hypothèse et question de recherche

L'érysipèle est une maladie sporadique d'acquisition communautaire dont le recrutement est à la fois hospitalier et ambulatoire. Pourtant, les publications se rapportant à sa prise en charge diagnostique et thérapeutique sont le plus souvent basées sur des études hospitalières. Par conséquent, le regard sur cette pathologie est amputé des informations qui proviennent de la pratique courante en médecine de ville, notamment de la pratique des médecins généralistes.

Pour répondre à cette problématique et aux hypothèses émises, nous avons posé La question suivante :

Comment en sont les connaissances et les pratiques réelles des médecins généralistes de la ville de Fès en ce qui concerne la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle ?

OBJECTIFS

A.Objectif principale :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la ville de FES en ce qui concerne le diagnostic, le traitement et la prévention de l'érysipèle.

B.Objectifs secondaires:

- Confronter les pratiques des MG en matière de la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'érysipèle aux dernières données de la littérature médicale, notamment aux recommandations de la SPILF et de la SFD, afin d'observer les écarts qui pourraient exister et de proposer des éléments d'amélioration.
- Détecter l'existence ou non de certaines pratiques telles que la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des corticoïdes.

MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale, quantitative, à visée descriptive et analytique, sur les connaissances de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle, au moyen d'une enquête, et sur la base d'un questionnaire standardisé réalisé auprès de médecins généralistes de la ville de Fès.

B. La population cible :

Les médecins généralistes des secteurs public et privé, exerçant dans la ville de Fès constituaient la population cible de notre étude.

1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient les médecins généralistes exerçant dans les centres de santé, les médecins généralistes exerçant dans les cabinets ainsi que les internes de périphérie.

2. Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier à temps complet.

3. Echantillonnage :

La taille de l'échantillon était obtenu à partir du nombre total des médecins généralistes du secteur public exerçant dans les centres de santé : délivré par la direction régionale de santé de la région de Fès qui était de 84 ; Et du secteur privé exerçant dans les cabinets : délivré par le conseil régional de l'ordre des médecins de Fès qui était de 185 , et en se basant aussi sur les connaissances des médecins à propos de l'érysipèle dans des études similaires en France en prenant un risque alpha de 5% et une précision de 5% .

C. Collecte des données :

1. Elaboration du questionnaire: (Annexe 1)

Nous avons élaboré un questionnaire contenant 30 questions, dont la majorité était à réponses fermés, et était divisé en quatre parties.

La première partie concernait le répondant : son secteur d'exercice, son âge, son sexe, ses années d'exercice et la formation en dermatologie durant le cursus.

La deuxième partie interrogeait les médecins généralistes sur la fréquence des cas d'érysipèle par an.

La troisième partie concernait le diagnostic positif ; contenait dix questions nous demandions aux répondants les facteurs favorisants observés, les portes d'entrée, la localisation la plus observée, les signes cliniques ayant orienté le diagnostic, les signes cliniques de gravité, les complications constatées ainsi que la place des examens complémentaires.

La quatrième partie abordait l'attitude thérapeutique. Par quinze questions, nous avons interrogé les MG sur : les indications d'hospitalisation initiale, le choix de l'antibiothérapie de première intention en ambulatoire et en hospitalier, son alternative en cas d'allergie et la durée de cette antibiothérapie. Cette partie se poursuivait sur la mise en place d'une antibiothérapie prophylactique au long cours, à partir de combien d'épisodes et par quel schéma thérapeutique, les mesures associées notamment le traitement de la porte d'entrée, la mise en place d'une anticoagulation préventive, de la contention veineuse, la prescription des anti-inflammatoires, et d'un traitement cutané local. Ainsi cette partie concernait les indications d'hospitalisation secondaire et la surveillance.

La durée de réponse en moyenne était 08 min.

La forme initiale de ce questionnaire a été testé au préalable sur 10 médecins, afin d'aboutir à la version finale.

2. Distribution et récupération des questionnaires :

Nous avons effectué la distribution et la récupération du questionnaire, du Septembre 2021 au Février 2022, soit pendant 5 mois.

La distribution du questionnaire format papier s'est faite par remise en mains propres après accord de participation.

La récupération s'est faite dans l'immédiat ou le plus souvent par recouvrement différé.

Après trois tentatives de recouvrement différé infructueuses, nous avons considéré comme non répondants les médecins participants qui n'avaient pas rempli le questionnaire d'enquête.

D. Saisie et analyse des données :

Les données collectées ont été saisies au moyen du logiciel Excel, et analysées au moyen du logiciel SPSS au laboratoire d'épidémiologie clinique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Toutes les variables étaient résumées par l'utilisation des statistiques descriptives. Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type.

Dans un deuxième temps, une analyse univariée a été faite pour étudier l'association entre chacune des variables explicatives (secteur, formation, ancienneté) et les connaissances des médecins vis-à-vis de la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'érysipèle.

Lors de la comparaison de groupes, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques (Test de Khi2, test de Student) en fonction de la nature des variables à comparer. Nous avons retenu comme seuil significatif un $p < 0.05$.

E. Considérations éthiques :

Nous avons préalablement expliqué l'objectif de notre étude et recueilli le consentement des médecins avant la remise du questionnaire.

Le questionnaire étant anonyme, nous avons strictement respecté la confidentialité des informations durant l'étude.

Dans la réalisation de notre étude, nous ne signalons aucun conflit d'intérêt avec quelque personne, physique ou morale, que ce soit.

RÉSULTATS

A. Analyse descriptive

1. Effectif des médecins participants :

Le nombre nécessaire était de 186 médecins. Parmi lesquels 149 médecins ont accepté de prendre part à l'enquête, constituant un taux de réponse de 80%.

2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants :

2.1. Selon l'âge :

Les médecins enquêtés avaient une moyenne d'âge de 44ans. Les extrêmes étaient 25 et 77ans. La tranche d'âge 25-35 représentait 42,3% des médecins (Figure 7).

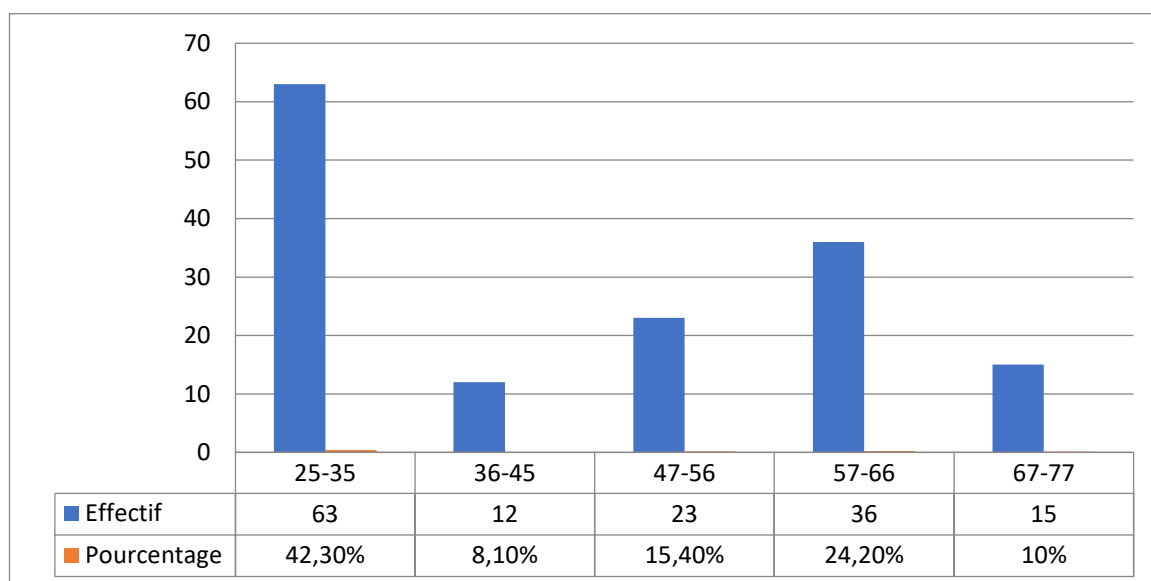


Figure 7: Répartition des médecins selon l'âge

2.2. Selon le sexe :

Parmi les 149 médecins répondants, 59,1% étaient des femmes (n=88), et 40,9% étaient des hommes (n=61).

2.3. Selon le secteur d'exercice :

Dans notre enquête ,51% des médecins participants exerçaient en secteur privé (Figure 8).

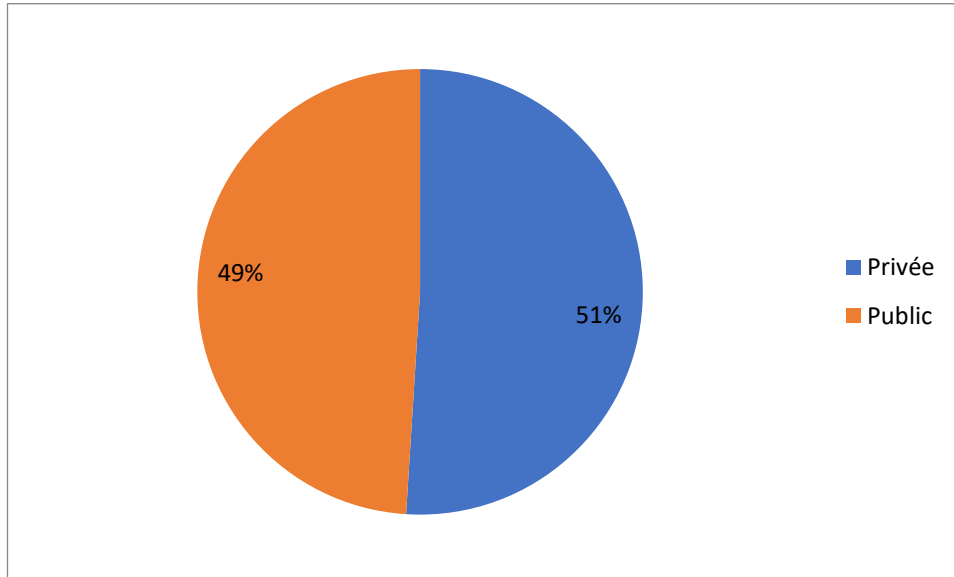


Figure 8: Répartition des MG selon le secteur d'exercice

2.4. Selon l'ancienneté d'exercice :

Dans notre série, la moyenne des années d'exercice était de 16,83 ans ± 15.

66 médecins (44,3 %) avaient moins de 10ans d'ancienneté d'exercice, 37(24,79 %) avaient plus de 31ans d'exercice (Figure 9).

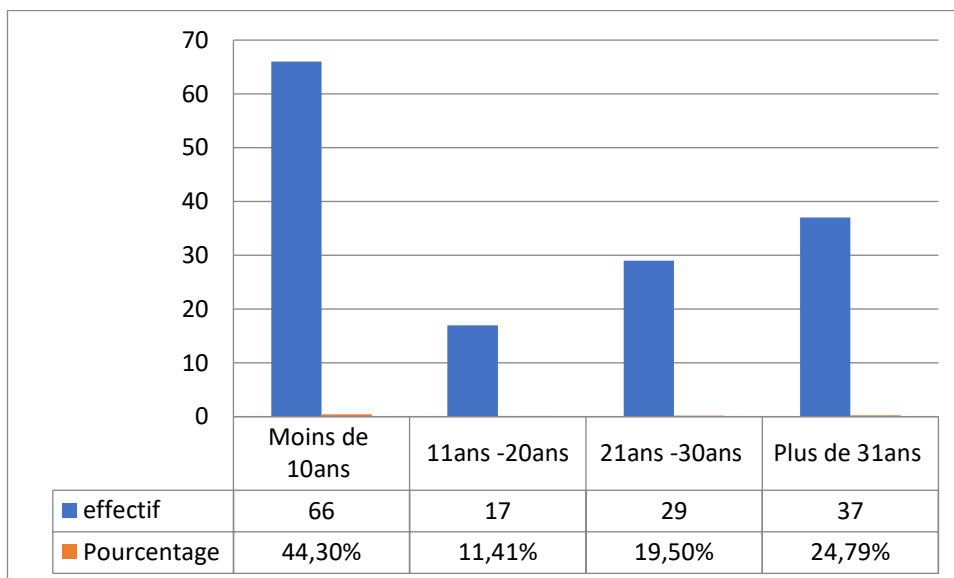


Figure 9 : Répartition des médecins selon l'ancienneté d'exercice

3. Formation suivie en dermatologie :

71 médecins (47,7%) avaient suivi une formation en dermatologie durant le cursus.

Parmi ces derniers : 63 médecins (88,7%) avaient suivi une formation au Maroc

6 médecins (8,45%) l'avaient suivie à l'étranger

2 médecins (2,85%) l'avaient suivie au Maroc et à l'étranger

Le type de formation était dans 80,6% théorique et pratique (Figure 10).

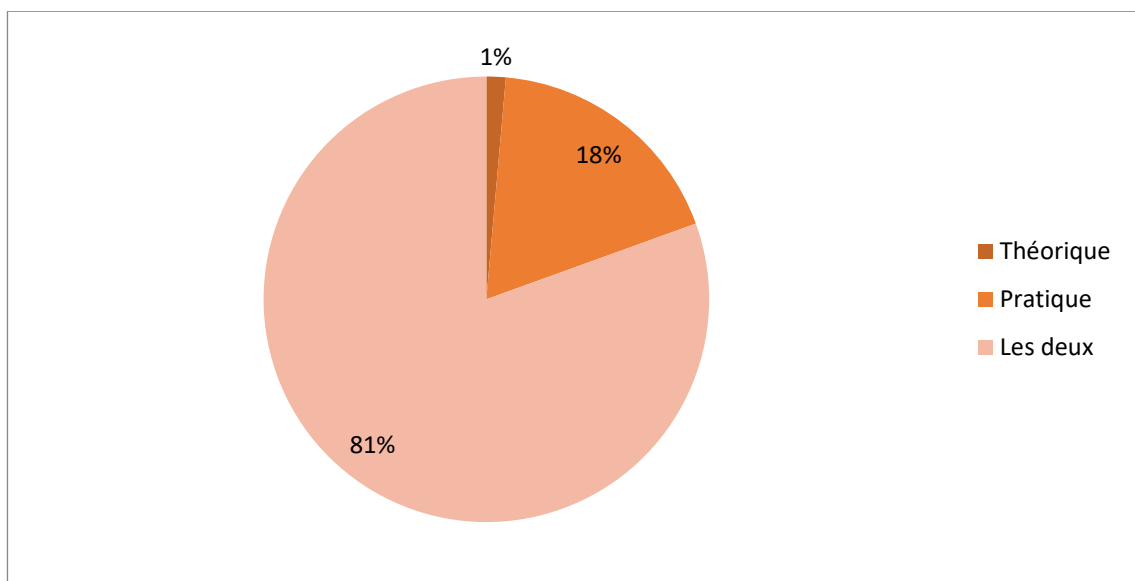


Figure 10 : Répartition des médecins selon le type de formation

4. Données épidémiologiques générales :

Pour 64,4 % des médecins, la fréquence estimée était de 1 à 5 cas d'érysipèle par an.

Elle était de moins d'un cas par an pour 26,2% des médecins sondés (Figure 11).

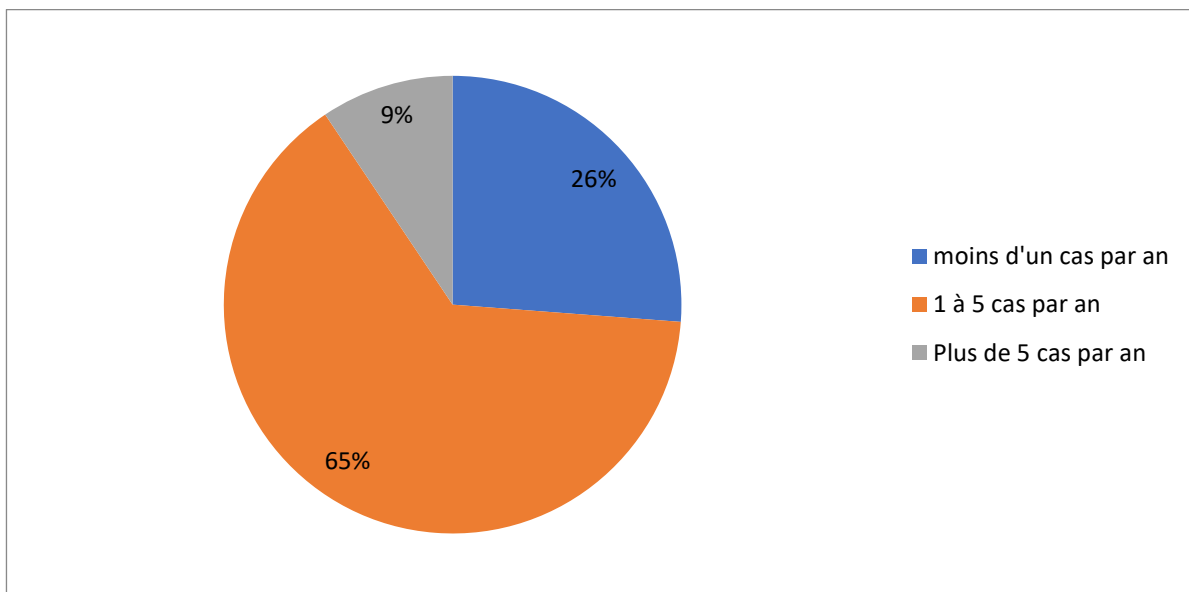


Figure 11 : Fréquence estimée des cas d'érysipèle pris en charge en médecine générale

5. Diagnostic positif :

5.1. Les facteurs favorisants :

Le diabète était désigné comme facteur favorisant pour 94,6% des médecins, obésité pour 72,5% et le lymphoedème pour 68,5%(Figure 12).

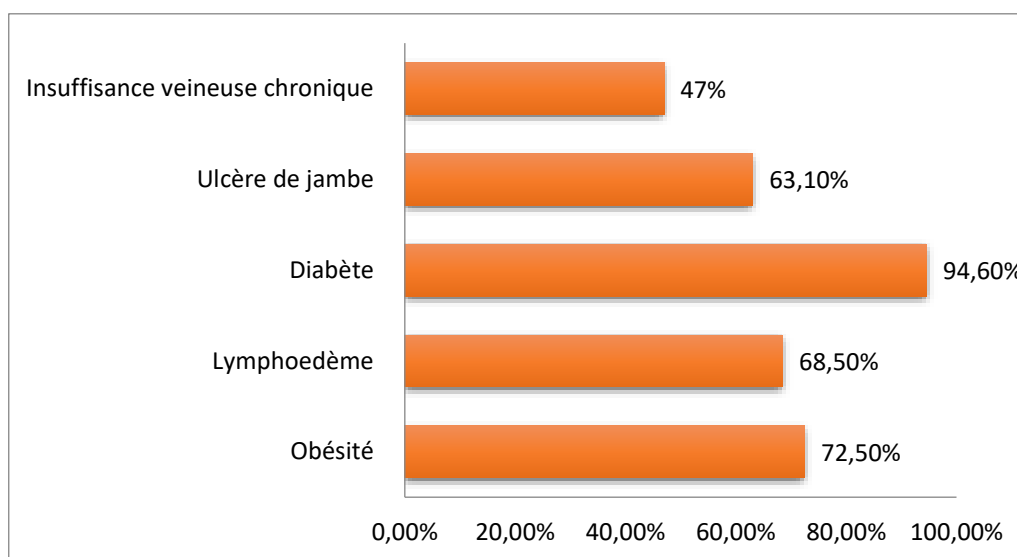


Figure 12 : les facteurs favorisants observés par les médecins généralistes

5.2. Les portes d'entrée de l'érysipèle :

L'intertrigo inter orteil était une porte d'entrée retenue comme tel par 96,6% des médecins sondés, une plaie par 88,6% et un ulcère de jambe par 72,5% des MG (Tableau 1).

Tableau 1 : Les portes d'entrée de l'érysipèle

Les portes d'entrée de l'érysipèle	Effectif	Pourcentage%
Intertrigo inter orteil	144	96,6%
Crevasse des talons	87	58,4%
Ecorchures et lésions de grattage	99	66,4%
Griffures des animaux	74	49,7%
Plaie	132	88,6%
Ulcère	108	72,5%
Les scarifications	69	46,3%
Les points de feu	51	34,2%

5.3. Localisations :

Le membre inférieur était la localisation la plus observé pour 149 médecins, la face pour 12 (8,1%), le membre supérieur pour 4 (2,7%).

5.4. Les signes cliniques :

Les signes cliniques reconnus en faveur de l'érysipèle et retrouvés par les MG : placard érythémateux-œdémateux (96%), la douleur localisé (85,9%), la présence des signes généraux à type de fièvre, frissons, syndrome pseudo grippal (85,2%), adénite satellite (51,7%), lymphangite (40,3%) (Figure 13).

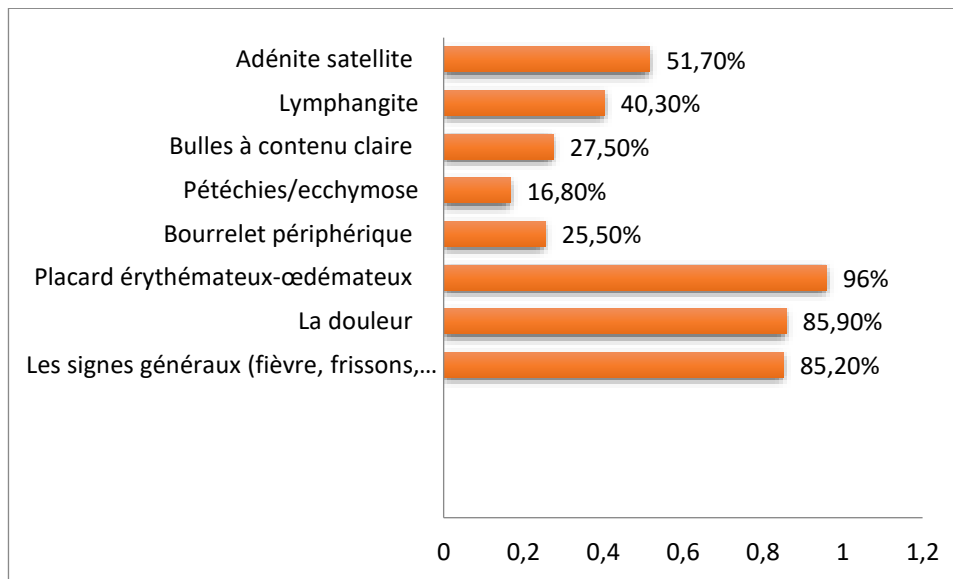


Figure 13 : Les signes cliniques ayant orienté le diagnostic d'érysipèle

5.5. Les signes cliniques de gravité :

Comme signes cliniques orientant vers une forme grave d'érysipèle, les médecins ont désigné: l'instabilité hémodynamique (81,9%), les zones de nécrose (80,5%), les crépitations neigeuses (68,5%), les bulles hémorragiques (61,7%) (Tableau 2).

Tableau 2 : Les signes cliniques de gravité

Les signes cliniques orientant vers une forme grave d'érysipèle	Effectif	Pourcentage %
Instabilité hémodynamique	122	81,90%
Crépitations neigeuse	102	68,50%
Bulles hémorragiques	92	61,70%
Zones de nécrose	120	80,50%
Hyperalgie localisé	77	51,70%
Hypoesthésie	68	45,60%
Livedo	35	23,50%
Œdème dépassant l'érythème	70	47%

5.6. Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante :

Les zones de nécrose étaient pour 87,90% des médecins un signe clinique orientant vers une fasciite nécrosante, le décollement cutané pour 69,1%, les crépitations neigeuses pour 65,8%, l'instabilité hémodynamique pour 63,8% (Tableau 3).

Tableau 3 : Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante

Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante	Effectif	Pourcentage%
Instabilité hémodynamique	95	63,80%
Crépitations neigeuse	98	65,80%
Bulles hémorragiques	84	56,40%
Zones de nécrose	131	87,90%
Décollement cutané	103	69,10%
Hyperalgie localisé	70	47%
Hypoesthésie	76	51%
Livedo	24	16,10%
Œdème dépassant l'érythème	60	40,30%

5.7. Les complications observées :

Les complications désignées par les médecins généralistes étaient : septicémie (73%), fasciite nécrosante (68,9%), abcès (61,5%), thrombose veineuse profonde (59,5%).

5.8. La place des examens para cliniques :

Concernant les examens para cliniques, 99 médecins (66,4%) trouvaient que l'indication des examens complémentaires est nécessaire alors que 50 médecins (33,6%) présumaient qu'ils n'ont aucun intérêt dans la prise en charge de l'érysipèle.

Parmi ces 99 médecins, 87 médecins demandaient les examens complémentaires pour rechercher les tares ,79 pour rechercher les éventuels complications due à l'érysipèle ,43 pour éliminer les diagnostics différentiels et 29 pour poser le diagnostic positif.

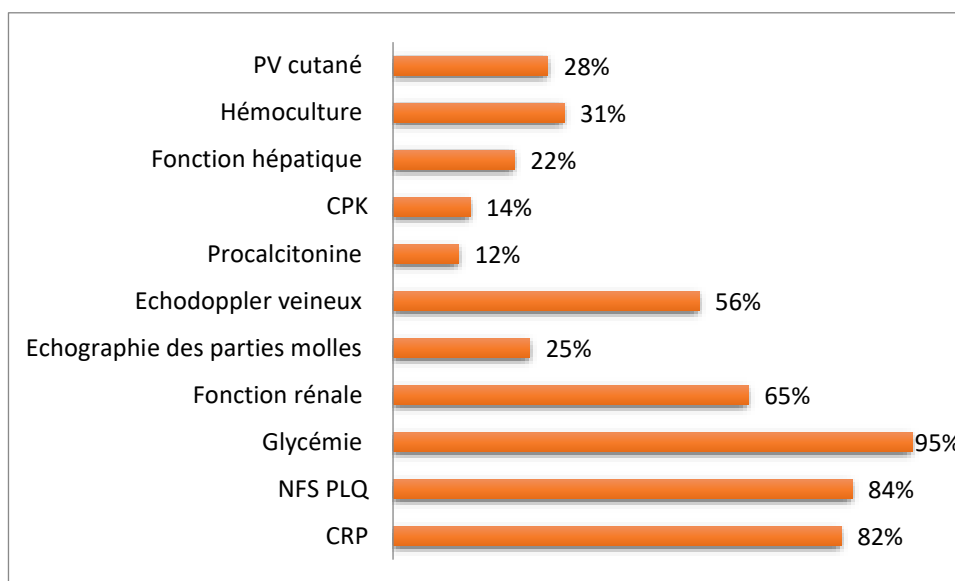


Figure 14 : Les examens para cliniques demandés

6. Attitude thérapeutique :

6.1. Les indications d'hospitalisation initiale :

Treize médecins (8,7%) avaient décidé d'hospitaliser tout cas d'érysipèle. Les signes de gravité générales étaient une indication d'hospitalisation pour 136 médecins sondés (91%), l'existence de comorbidité pour 134(90,5%) (Tableau 4), la nécessité d'un traitement parentéral pour 130 (87,2%), terrain d'immunodépression pour 128 (85,9%), difficultés du suivi médical à domicile pour 115 (77,2%), les signes de gravité locale pour 93 (62,4%) et l'existence d'un doute diagnostique pour 37 (24,8%).

Tableau 4 : les comorbidités indiquant l'hospitalisation

Les comorbidités	Effectif	Pourcentage
Diabète	125	92,6%
Cardiopathie	113	83,7%
HTA	40	29,6%
Obésité	48	35 ,6%
Ethylisme	32	23,7%
Membre altéré (lymphoedème,antécédent de chirurgie.....)	93	68 ,9%

6.2. La prescription d'antibiotique en ambulatoire :

- **L'antibiothérapie de 1^{er} intention :**

L'Amoxicilline protégé (1gx3 /j) était suggéré par 115 médecins (77,2%), l'Amoxicilline simple (50mg/kg/j) par 31 (20,8%), et la Pristinamycine (1gx3/j) par 3 (2%).

- **L'antibiothérapie de 2^{ème} intention :**

En cas d'allergie à l'antibiothérapie de 1^{er} intention, les médecins avaient préconisé : la Pristinamycine (133), Macrolide (10), Ceftriaxone (2), Amoxicilline protégé (2), Ciprofloxacine (1).

- **La durée du traitement antibiotique :**

La durée de l'antibiothérapie était de 10 jours pour 65 médecins (43,6%), de 14 jours pour 62 (41,6%), de 7 jours pour 14 (9,4%), et de 20 jours pour 8 (5,4%).

6.3. Les mesures associées :

- **Le traitement de la porte d'entrée :**

Toute porte d'entrée est traitée systématiquement par les médecins sondés.

En cas d'intertrigo inter orteil les médecins généralistes prescrivaient un antimycosique avec une durée de traitement variant d'une semaine à 3mois (Tableau5).

Tableau 5 : la durée du traitement antimycosique

Durée de l'antimycosique	Effectif	Pourcentage %
Une semaine	5	3,4%
Dix jours	6	4,0%
Deux semaines	55	36,9%
Trois semaines	39	26,2%
Quatre semaines	33	22,1%
Six semaines	5	3,4%
Deux mois	5	3,4%
Trois mois	1	0,7%

- **La place de l'anti coagulation préventif :**

Dans notre série ,49 médecins (32,9%) avaient préconisé la prescription d'anti coagulation à dose préventive (Figure 15).

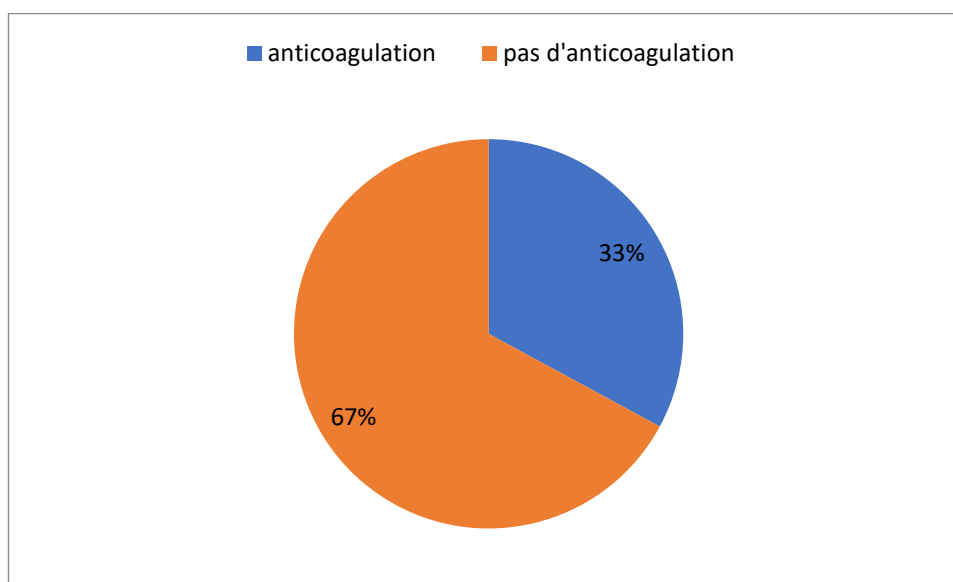


Figure 15: la prescription d'anti coagulation préventive

- **Le traitement par application cutanée locale au niveau du placard de l'érysipèle :**

73 médecins (49%) prescrivait un traitement par application cutanée locale à base d'acide fucidique 2%.

- **La prescription des anti- inflammatoires:**

Un seul médecin avait prescrit les AINS.

Cinq médecins avaient prescrit les corticoïdes (oraux et/ou locaux).

- **La contention veineuse :**

Dans leur pratique, 47 médecins (31,5%) prescrivait la contention veineuse après l'épisode d'érysipèle, trois médecins (2%) l'avaient prescrit au cours de l'épisode.

- **Le statut vaccinal antitétanique :**

Dans leur pratique, 65,8% des médecins n'avaient pas l'habitude de vérifier le statut vaccinal antitétanique devant un cas d'érysipèle.

- **Les mesures associées :**

Les autres mesures thérapeutiques proposées étaient :

- Le repos (94,6%)
- Bandage imbibé du sérum salé (45%)
- Surélévation des membres (85,9%)

- **L'antibioprophylaxie :**

Chez les patients présentant des facteurs de risque non contrôlables ou non résolutifs, 46,3% des médecins avaient préconisé la prescription d'antibioprophylaxie (Figure 16).

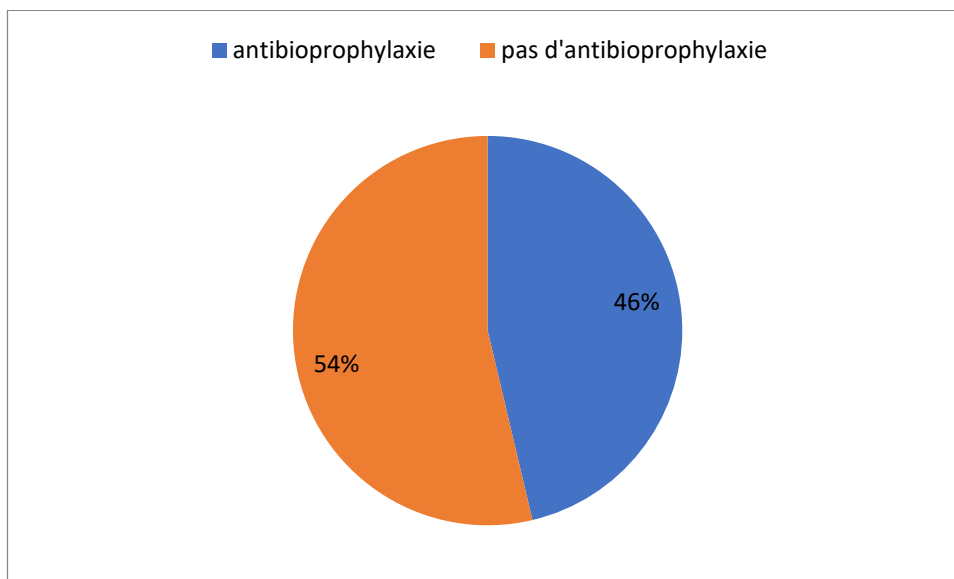


Figure 16 : La prescription d'antibioprophylaxie

Parmi ces derniers, 38 médecins (55,1%) l'avaient prescrit après le 2^{ème} épisode, 20 (29%) après le 3^{ème} épisode, 6 (8,7%) après le 1^{er} épisode et 5 (7,2%) après le 4^{ème} épisode.

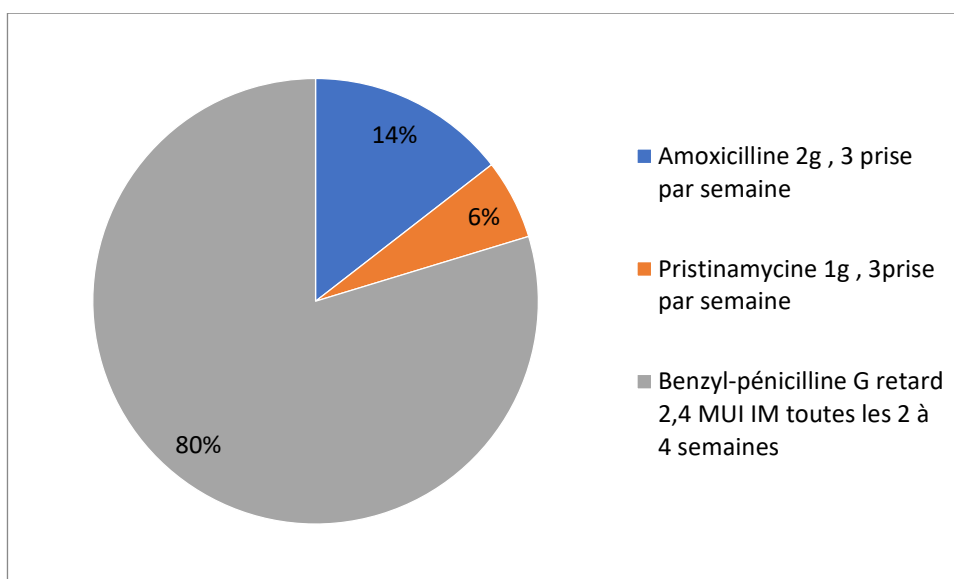


Figure 17 : l'antibioprophylaxie prescrite par les MG

7. La surveillance :

- **Les indications d'hospitalisation secondaire :**

Les indications d'hospitalisation secondaire étaient :

- Aggravation des signes cliniques (97 ,3%)
- Décompensation de tare (93,3%)
- Absence d'apyrexie malgré 48h d'antibiothérapie (79,2%)

- **Le contrôle après un traitement ambulatoire :**

Dans leur pratique ,133 médecins (89,3%) donnaient au patient un rendez-vous de contrôle, parmi lesquels 115 (85,2%) le donnaient après une semaine ,18 (14%) après deux semaines, et 1 après six semaines.

A distance de l'épisode :

- ❖ 85 médecins (57%) avaient surveillé l'installation du lymphoedème.
- ❖ 83 médecins (55,7%) avaient demandé une protéinurie de 24h après six semaines.
- ❖ 44 médecins (29,7%) n'avaient rien à surveillé.

- **En intra hospitalier :**

Le passage au traitement oral était possible dès l'apyrexie pour 119 médecins (80,4%), et quand la CRP est inférieur à 50 mg /l pour 79 médecins (53%).

La durée totale du traitement prescrit était de 15jours pour 99 médecins (66,9%), de 20jours pour 31 (20,9%), et de sept jours pour 18 médecins (12,2%).

B. Analyse uni variée :

L'analyse de l'association entre le secteur d'exercice et les connaissances des médecins participants sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle était non significative avec un $p=0,870$.

Aussi pour la formation et les années d'exercice, l'association était non significative avec respectivement : $p=0,160$, $p=0,974$.

DISCUSSION

Notre enquête avait comme principal objectif l'évaluation des connaissances des médecins généralistes de la ville de Fès en ce qui concerne la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle et sa confrontation aux études similaires afin de détecter les écarts qui pourraient existés dans un but d'amélioration.

Peu d'études similaires sont retrouvées dans la littérature. En France deux études prospective ont été réalisées, l'une menée par *larivière et al* (42) et l'autre par *kopp et al* (29).

A l'échelle nationale :

- Une étude concernant des paramètres similaires a été effectuée par l'équipe de pathologie infectieuse du CHU Marrakech menée par *Ihbibane et al* (43)
- Une étude faite au sein du service de dermatologie du CHU Marrakech concernait juste le profil épidémiologique, clinique et évolutif de l'érysipèle menée par *Amal et al* (44).

A. Représentativité de l'échantillon

Dans notre enquête, 149 médecins généralistes avaient participé faisant un taux de réponse très acceptable de 80%.

Caractéristiques sociodémographiques des médecins :

1. Selon l'âge :

Dans notre enquête ,66% des répondants étaient âgés de moins de 56 ans, rendant donc l'échantillon plus jeune, pouvant s'expliquer par une plus grande assiduité des jeunes médecins généralistes à répondre aux questionnaires de thèse.

2. Selon le sexe :

Une légère prédominance féminine a été notée, avec un sex-ratio de 1,44, ce qui est en ligne avec la tendance générale à plus de femmes médecins que d'hommes.

3. Selon le mode d'exercice

Notre étude retrouve une petite prédominance des médecins exerçant en secteur privé. En effet, ces derniers représentent 68% des médecins généralistes de la ville de Fès.

4. Selon l'ancienneté d'exercice :

Dans notre enquête 55,7% des médecins avaient moins de 20ans d'exercice, expliqué par la moyenne d'âge qui était de 44ans.

A. Formation suivie en dermatologie :

La formation suivie en dermatologie semble insuffisante chez les médecins enquêtés, ceci peut être expliqué par le fait que la médecine générale est une discipline aux multiples champs d'action, et il est difficile de se former dans tous les domaines.

B. Données épidémiologiques générales :

Malgré la fréquence de l'érysipèle, les informations sur l'incidence et les caractéristiques épidémiologiques de base de cette maladie sont rares. Il n'existe que quelques études épidémiologiques ((35)–(36)) et elles ont toutes été réalisées en milieu hospitalier, alors que cette maladie est principalement traitée en soins primaires.

Bartholomeeusen et al ont étudié le profil épidémiologique de l'érysipèle en médecine de ville en Flandre et soutiennent l'hypothèse d'une recrudescence de l'érysipèle (37).

Dans notre enquête 64,4 % des médecins estimaient voir 1 à 5 cas d'érysipèle par an. Ces chiffres sont proche des données de l'enquête *Clémence*(38) réalisé auprès des médecins généralistes de Sarthe, où 68% des médecins déclaraient prendre en charge 1 à 5 cas d'érysipèle par an.

Il en va de même pour l'enquête de pratique de *kopp et al* , dans laquelle 75,6% des médecins généralistes déclaraient voir 1 à 5 cas par an (29).

C. Diagnostic

1. Facteurs favorisants :

Dans notre étude, le diabète, l'obésité et le lymphœdème étaient soulevé comme principaux facteurs favorisant.

Néanmoins, seule une étude comprenant un groupe contrôle (étude cas-témoins ou étude de cohorte) peut permettre l'identification des facteurs de risque. L'étude cas-témoins effectuée par le RED (Réseau d'épidémiologie en dermatologie) dans plusieurs hôpitaux français était la première satisfaisant ce critère (39). Cent vingt-neuf sujets admis pour un premier épisode d'érysipèle de jambe et 294 témoins appariés ont été étudiés conjointement.

Parmi les facteurs analysés figuraient des facteurs locaux (œdème, lymphoedeme, insuffisance veineuse, artériopathie, ulcère de jambe, plaie cutanée, escarre, intertrigo inter orteil, antécédents de phlébite, de chirurgie d'un membre, de radiothérapie ou de trouble neurologique) et des facteurs généraux (surpoids, sédentarité, diabète, éthylisme chronique, tabagisme).

- En analyse multi variée, les principaux facteurs de risque d'érysipèle étaient des facteurs locaux: Le lymphoedème et l'existence d'une porte d'entrée.
- Une association de moindre intensité était observée pour l'insuffisance veineuse et les œdèmes des membres Inférieurs.
- Parmi les facteurs généraux, seul le surpoids était associé à la survenue d'un érysipèle, Cette étude avait une puissance suffisante pour écarter les hypothèses, souvent alléguées, d'une association forte avec le diabète et l'éthylisme chronique.

L'étude cas-témoin de *Mokni et al*(40) réalisée dans les hôpitaux tunisiens avait confirmé le rôle majeur des facteurs de risque locaux (la rupture de la barrière cutanée et l'œdème de la jambe), aucune association n'a été observée avec le diabète, l'alcoolisme ou le tabagisme. Egalement, l'étude cas-témoin de *Pitché et al*(41) dans 7 CHU d'Afrique subsaharienne a permis de confirmer le rôle important des facteurs de risque locaux et écarté le diabète, l'alcoolisme et le tabagisme des facteurs de risque généraux. Ils ont en particulier mis en évidence la dépigmentation cosmétique volontaire comme facteur de risque des érysipèles de jambe en Afrique subsaharienne.

1.1. Facteurs favorisant généraux

Dans notre enquête, l'obésité est considérée comme facteur favorisant général pour 72,5% des médecins sondés, le diabète est désigné par 94,6% des médecins.

Pourtant dans l'enquête de pratique prospective sur la prise en charge de l'érysipèle en médecine de ville réalisée par *Larivière et al*(42), l'obésité est retrouvée comme facteur favorisant général chez 28 % des patients. D'autres antécédents sont cités comme facteurs favorisants, à savoir les pathologies cardiovasculaires chez 28 % des patients ainsi que les antécédents de néoplasie, le diabète et l'alcoolisme chez 11 % des patients chacun (Tableau 6).

Dans l'enquête de l'évaluation de la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes de la ville de Marrakech réalisée par *Ihbibane et al* (43) , le diabète était considéré par 71,9 % des médecins comme facteur favorisant ce qui est concordant avec les résultats de notre enquête, cependant l'obésité était désignée que par 33 % des médecins .

1.2. Facteurs favorisant locorégionaux :

Dans notre enquête l'intertrigo inter orteil est désigné par 96,6% des médecins, plaie par 88,6% ; ulcère de jambe par 72,5% ; crevasse des talons 58,4%.Ce qui est proche des données de l'enquête réalisé par *Ihbibane et al* (43), où les facteurs locaux désignés étaient l'existence d'une plaie cutanée par 78,9 % des médecins, d'un intertrigo inter orteil par 72,8%, d'un ulcère de jambe par 62,3 %; l'insuffisance veineuse chronique par 36 % et l'insuffisance lymphatique par 28,9 % des médecins

La série prospective de *Larivière et al*(42) retrouve l'insuffisance veineuse chronique chez 48 % des patients, le lymphœdème chez 33 %, la présence d'une porte d'entrée à type de plaie traumatique chez 20 %, d'ulcère chronique de jambe chez 14%, d'intertrigo inter orteil chez 12 %, ou d'autres dermatoses chez 25 %.

Tableau 6 : Facteurs généraux favorisant l'érysipèle objectivés dans différentes études

Facteurs généraux(%)	Amal et al (44) (Marrakech)	Chakroun et al(45) (Tunisie)	Cissé et al(46) (Guinée)	Larivière et al (42) (France)	Ihbibane et al(43) (Marrakech)	Notre Enquête (Fès)
Obésité	10	75	-	28	33	72 ,5
Diabète	3	36	0,4	11	72	94,6
Alcoolisme	-	-	13	11	0 ,9	-
ATCD cardio-vasculaire	-	-	-	28	-	-
ATCD néoplasique	-	-	-	11	-	-

Tableau 7 : Facteurs locorégionaux favorisant l'érysipèle objectivés dans différentes études

Facteurs locorégionaux (%)	Amal et al (44) (Marrakech)	Korbi et al(47) (Tunisie)	Chakroun et al(45) (Tunisie)	Larivière et al(42) (France)	Ihbibane al(43)(Marrakech)	et Notre Enquête (Fès)
Lymphoedème	6	11,4	-	33	28,9	68,5
Insuffisance veineuse chronique	1	11	50,8	48	36	47
Ulcère de jambe	1,6	-	-	20	62 ,3	72,5
Intertrigo inter orteil	69,4	67	60,4	-	72,8	96,6
Plaie	4	-	43	-	78,9	88,6
Crevasse des talons	-	-	17	-	-	58,4
Ecorchures et lésions de grattage	-	-	-	-	-	66,4
Griffures des animaux	-	-	-	-	-	49,7
Les scarifications	-	-	-	-	-	46,3
Les points de feu	-	-	-	-	-	34,2

2. Localisations

Les localisations désignées par les médecins généralistes de notre enquête sont concordantes avec celles de la littérature, le membre inférieur est la localisation la plus fréquente pour tous les médecins, la face pour 8,1% et le membre supérieur pour 2,7%(Tableau 8). Ceci peut être expliqué dans notre contexte par la porte d'entrée qui est majoritairement un intertrigo inter orteil secondaire à un séchage insuffisant après les ablutions pluriquotidiennes.

En effet , l'érysipèle a d'abord été décrit au visage selon les études datant du début du siècle (48).

Actuellement, et selon les séries de ces 40 dernières années, l'érysipèle est dans plus de 85 % des cas localisé aux membres inférieurs (1) .En revanche les localisations du visage représentent 6 à 18 % des cas d'érysipèles, les localisations des membres supérieurs 2 à 12 % .

Tableau 8 : Localisations de l'érysipèle décrites dans différentes études

La localisation %	Cissé et al (46) (Guinée)	Amal et al (44) (Marrakech)	Larivière et al (42) (France)	Ihbibane et al (43) (Marrakech)	Notre Enquête (Fès)
Membre inférieur	90	87	83,3	93,9	100
Face	-	10	5,6	32,5	8,1
Membre supérieur	10	3	11,1	7	2,7

3. Les signes cliniques :

En similitude avec les données de littérature médicale, les médecins enquêtés ont désigné le placard érythémateux-œdémateux (96%), la douleur localisé (85,9%), la présence des signes généraux à type de fièvre, frissons, syndrome pseudo grippal (85,2%), adénite satellite (51,7%), lymphangite (40,3%) (Tableau 9).

Tableau 9 : Signes cliniques de l'érysipèle objectivés dans différentes études

Signes cliniques%	Chakroun et al(45) (Tunisie)	Amal et al (44) (Marrakech)	Korbi et al(47) (Tunisie)	Ihbibane et al(43) (Marrakech)	Notre Enquête (Fès)
<i>les signes généraux (fièvre, frissons, syndrome pseudo grippal...)</i>	55,5	70	62,4	99,1	85,2
<i>la douleur localisée</i>	100	100	100	77,2	85,9
<i>Placard érythémateux - œdémateux</i>	100	100	100	100	96
<i>Bourellet périphérique</i>	1,8	-	5,4	46,5	25,5
<i>Pétéchies /ecchymose</i>	8,1	2	5	13,2	16,8
<i>Bulles à contenu clair</i>	9,2	5	25	19,3	27,5
<i>Lymphangite</i>	39	4	8	35,1	40,3
<i>Adénite satellite</i>	37,2	32	12	60,5	51,70

4. Les signes cliniques de gravité

La prise en charge adéquate de l'érysipèle exige une bonne connaissance des signes de gravité aussi bien générales que locales par les praticiens, afin de décider à temps l'hospitalisation.

Dans notre enquête, les troubles de sensibilité (hypoesthésie et l'hyperalgie localisée) ont été reconnues comme signe de gravité uniquement par 50% des médecins, aussi pour les lividités seulement 23,5% des participants l'avaient considéré comme signe de gravité.

5. Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante:

Dans notre étude, les zones de nécrose constituent le signe le plus fréquemment désigné par nos enquêtés. L'œdème dépassant l'érythème, est reconnu uniquement par 40,3% des médecins comme signe clinique de fasciite nécrosante. Toutefois l'œdème majeur était le symptôme de présentation de fasciite nécrosante le plus fréquent (80,8%) dans la méta-analyse de *Goh et al*(49) (tableau 10).

Tableau 10: Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante:

Les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante %	Goh et al (49) (Singapour)	Notre enquête (Fès)
Instabilité hémodynamique	21,1%	63,8%
Crépitations neigeuse	20,3%	65,8%
Bulles hémorragiques	25,6%	56,4%
Zones de nécrose	24,1%	87,9%
Décollement cutané	–	69,1%
Hyperalgie localisé	79%	47%
Hypoesthésie	–	51%
Livedo	–	16,1%
Œdème dépassant l'érythème	80,8%	40,3%

6. Les complications :

Dans notre étude, le sepsis (73 %) a été la complication générale la plus fréquemment citée. Concernant les complications locales possibles en cas d'érysipèle, 59,5% des médecins ont évoqué la TVP et 26 % la constitution d'abcès (Tableau 11).

Tableau 11 : Complications de l'érysipèle objectivées dans différentes études

Les complications %	Chakroun et al(45) (Tunisie)	Ihbibane et al(43) (Marrakech)	Notre Enquête (Fès)
Sepsis	–	85,9	73
Fasciite nécrosante	0,1	64,9	68,9
TVP	2,8	50	59,5
Abcès	6,2	22,8	61,5

Ces pourcentages dans notre étude reflètent un bon niveau de connaissance des complications de l'érysipèle par rapport aux autres données de la littérature.

7. La place des examens para cliniques :

Dans toutes les études prospectives ou rétrospectives, le diagnostic d'érysipèle repose sur les éléments cliniques.

La biologie manque de spécificité. Elle n'intervient pas directement dans le diagnostic d'érysipèle qui reste clinique. Elle peut constituer une aide avec la présence d'un syndrome inflammatoire et l'augmentation du nombre de polynucléaires neutrophiles. Le diagnostic bactériologique n'est pas indispensable à la prise en charge d'un érysipèle, d'autant plus qu' il n'y a pas de test très performant(30).

L'isolement de l'agent pathogène est un argument majeur du diagnostic dans toute infection. Dans l'érysipèle, l'apport diagnostique de la bactériologie est limité par deux difficultés, avant tout, les différents examens bactériologiques ont une médiocre sensibilité. De plus, le caractère étiopathogénique des bactéries (autre que le streptocoque) isolées sur la peau est d'une pertinence discutable, surtout lorsqu'elles sont isolées en association avec le streptocoque. En particulier le staphylocoque, même retrouvé en isolement, pourrait ne représenter qu'une colonisation sans caractère pathogène(10).

Dans notre étude, 50médecins (33 %) estimaient que les examens para cliniques n'apportent rien dans la prise en charge de l'érysipèle alors que 99 médecins (67 %) trouvaient que l'indication est nécessaire pour diverses raisons. Ce qui est comparable avec l'étude de *Ihbibane et al* (43), dont Le recours aux examens complémentaires , tous types confondus, était considéré inutile dans la prise en charge de l'érysipèle pour 38 médecins (33,3 %).

De ceux indiquant les examens para cliniques, 87médecins recourraient pour objectiver une décompensation de tare, 79médecins pour objectiver d'autres complications locales ou générales, 43praticiens pour éliminer les diagnostics différentiels et29 médecins impérativement pour poser le diagnostic positif. Parmi ces derniers, 26 (17,4%) demanderaient des examens biologiques à la recherche d'un syndrome inflammatoire (NFS, CRP), 15 (10 %) des hémocultures et 11 (7,4%) des prélèvements bactériologiques cutanés devant un érysipèle.

Nous nous sommes limités à une approche comparative avec l'enquête de *Ihbibane et al* (43)ainsi que celle de *Larivière et al*(42) , sont les deux qui se soient intéressées au recours aux examens complémentaires dans la prise en charge de l'érysipèle en médecine de ville(Tableau12).

Tableau 12 : Examens complémentaires à visée diagnostique dans différentes études

Examens biologiques	Larivière et al (42) (France)	Ihbibane et al (43) (Marrakech)	NotreEnquête (Fès)
Hémogramme	26	16	19,5
CRP	20	13	17,4
Prélèvements bactériologiques (tous)	9	13	17,4

D. Attitude thérapeutique :

1. Critères d'hospitalisation initiale

Le traitement de référence de l'érysipèle est la pénicilline G par voie intraveineuse. Ce traitement de référence impose en pratique l'hospitalisation, car étant très difficilement réalisable à domicile en raison de la nécessité d'administration discontinue de la pénicilline G intraveineuse. Or, Des études thérapeutiques prospectives menés auprès des cas d'érysipèles ont suggéré qu'une antibiothérapie orale par pénicilline , par macrolides ou par synergistines pourrait être aussi efficace que la pénicilline G intraveineuse dans le traitement de l'érysipèle et des dermo-hypodermes bactériennes « médicales » ((50),(4),(31)). Une autre raison pour laquelle le traitement oral n'est pas inférieur au traitement intraveineux pourrait être la durée plus longue des concentrations tissulaires d'antibiotiques en raison de l'absorption plus lente à partir de l'intestin (51) ;remettant en question l'enjeu de l'hospitalisation systématique et rendant possible la prise en charge ambulatoire.

Dans notre étude, 8,7 % des médecins opteraient pour l'hospitalisation systématique de tout érysipèle, ce qui est proche à 10 % d'hospitalisations décidées de principe dans l'enquête prospective de ville de *Kopp et al* (29). Par contre, dans l'enquête prospective de ville de *Larivière et al* (42) aucune hospitalisation n'a été décidée de principe.

L'indication d'hospitalisation en raison de comorbidité a une place non négligeable dans notre enquête comme dans les enquêtes de *Ihbibane et al*(43) ,de *Kopp et al*(29)ainsi que de *Larivière et al*(42) (Tableau 13).

Tableau 13 : Motifs d'hospitalisation initial de l'érysipèle dans différentes études

<i>Motif d'hospitalisation</i> %	<i>Kopp et al</i> (29) <i>(France)</i>	<i>Larivière et al</i> (42) <i>(France)</i>	<i>Ihbibane et al</i> (43) <i>(Marrakech)</i>	<i>Notre enquête</i> <i>(Fès)</i>
<i>Systématique</i>	10,5	0	14,9	8,7
<i>Doute diagnostic</i>	-	-	41,2	24,8
<i>Signes de gravité local</i>	-	-	-	62,4
<i>Signes de gravité générales</i>	-	-	-	91
<i>Co morbidité</i>	63,1	40	80,7	90,5
<i>Voie parentérale impérative</i>	-	-	71,1	87,2
<i>Existence ou suspicion de complication</i>	-	40	83,3	-
<i>Difficulté d'observance à domicile</i>	15,8	-	71,9	77,2

2. Prise en charge ambulatoire de l'érysipèle

2.1. Traitement antibiotique

Dans notre enquête, l'amoxicilline-acide clavulanique a été la molécule la plus fréquemment proposée, alors qu'elle occupe la deuxième position aussi bien dans l'enquête de *Ihbibane et al*(43) que dans celle de *Larivière et al*(42) (Tableau 14). Par contre, la pristinamycine qui représente la plus grande proportion des prescriptions chez *Larivière et al* (42) et qui vient en seconde position chez *Kopp et al* (29) ne constitue pas un recours habituel dans la pratique des enquêtés aussi bien dans notre étude que dans celle de *Ihbibane et al* (43). Concernant la durée de traitement, 47% des médecins ont proposé la même que celle de la SFD et de la SPILF (1), alors que 79 médecins (53%) ont opté pour une durée plus courte (inférieure ou égale à 10 jours).

Tableau 14 : Antibiotiques préconisés dans différentes études pour traiter l'érysipèle

Molécule antibiotique %	Larivière et al(42) (France)	Kopp et al (29) (France)	Ihbibane et al(43) (Marrakech)	Notre enquête (Fès)
Pénicilline A (Amoxicilline)	18,4	29,3	21,9	20,8
Pénicilline A protégée (Amox - Ac.clav)	26,5	-	20,2	77,2
Pristinamycine	30,6	26,7	2,6	2
Autres macrolides ou apparentés	2	4	-	6,7
Ciprofloxacine	--	6,7	0,9	0,7

La Ciprofloxacine n'est pas un antistreptococcique ; cependant sa prescription par les médecins pourrait s'expliquer par la confusion entre l'érysipèle et les infections cutané poly microbiennes avec une flore mixte aérobie et anaérobie

2.2. Le traitement de la porte d'entrée :

Tous les médecins de notre enquête sont favorables au traitement systématique de toute porte d'entrée. Ce qui est de même dans l'enquête de *Ihbibane et al* (43) dont 94,7 % des médecins ont été favorables au traitement des portes d'entrée cutanée.

En cas d'intertrigo inter orteil les médecins généralistes prescrivaient un antimycosique avec une durée de traitement variable allant d'une semaine à 3mois. Ceci peut être expliqué par utilisation d'antimycosiques différents (La terbinafine, Les imidazolés).

2.3. La Place de l'anti coagulation préventive :

Dans notre enquête, 49 médecins (32,9 %) ont préconisé la prescription d'anti coagulation à dose préventive de façons systématique, pendant que *Larivière et al* (42) et *Kopp et al* (29) ont retrouvé respectivement 13 % et 45,9 % de recours systématique à l'anti coagulation préventive. L'enquête prospective post consensus en milieu hospitalier de Bernard et al (52) en a objectivé 60 % de recours systématique.

2.4. La Place d'anti-inflammatoires:

Dans notre étude, 6 médecins (4%) ont déclaré inclure une molécule anti-inflammatoire : 1 (0,7 %) des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et 5 (3,3 %) des corticoïdes, dans le traitement de l'érysipèle.

Les taux de prescriptions des AINS/corticoïdes étaient respectivement de 12% et de 14% dans l'enquête prospective de *Larivière et al* (42) et celle de *Ihbibane et al*(43).Quant à l'enquête prospective de *Kopp et al* (29) , 17,3 % des patients ont reçu un agent anti-inflammatoire (Tableau 15).

Tableau 15 : Prescription d'anti-inflammatoires dans le traitement de l'érysipèle selon différentes études

Anti-inflammatoires prescrits (%)	Larivière et al (42) (France)	Kopp et al (29) (France)	Ihbibane et al (43) (Marrakech)	Notre Enquête (Fès)
<i>AINS</i>	10	-	9,6	0,7
<i>Corticoïdes</i>	2	-	4,4	3,3
<i>Total</i>	12	17,3	14	4

2.5. Mesures thérapeutiques associées :

Selon la SFD et la SPILF, la surélévation du membre atteint, la mise en place d'une contention veineuse et le lever précoce sont à favoriser chez les malades à risque de développer une TVP(1).Ces recommandations ont été proposés par 30,9 % de nos médecins, contre 6,1% des enquêtés chez *Ihbibane et al* (43). Ils n'ont pas été mentionnés chez *Larivière et al* (42) et chez *Kopp et al* (29).

Concernant les traitements par application locale, Il n'est pas recommandé d'utiliser un traitement antibiotique local et ce, depuis la conférence de Consensus de 2000, que ça soit sur l'érythème ou sur la porte d'entrée (1).Pourtant, 49% de nos médecins ont préconisé la prescription d'antibiotique local (acide fucidique). Chez *Larivière et al* (42), les topiques ont été prescrits chez 24% des patients (Les antiseptiques et antibiotiques locaux respectivement chez 21 % et 4 % des patients).

Dans l'enquête de *Kopp et al* (29), les traitements locaux étaient extrêmement divers, (antiseptiques, anti-inflammatoires, antibiotiques locaux, tulle gras) prescrits en tout chez 16 % des patients.

E. Mesures prophylactiques

1. Prévention primaire :

La SFD et la SPILF (1) ont incité les praticiens à la prise en charge adéquate des facteurs de risque actuellement connus, notamment l'insuffisance veineuse, le lymphœdème et les effractions cutanées dont les intertrigos inter orteils. Dans notre étude tous les participants sont favorables au traitement adapté de toute porte d'entrée notamment les intertrigos inter orteils , ce qui est assimilable à l'enquête de *Ihbibane et al* (43) dont 94% des enquêtés optaient pour un traitement adéquat de toute effractions cutanées .

2. Prévention secondaire :

L'érysipèle récurrent est fréquent, notamment chez les patients souffrant de congestion lymphatique et chez les hôtes immunodéprimés. Les récives, lorsqu'elles sont fréquentes, ont été réprimées par l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques.

Dans l'étude de *Jorup et al*(53), dédiée aux récurrences d'érysipèles ,préconisent d'une part une prise en charge efficace des facteurs de risque après un premier épisode et d'autre part une antibioprophylaxie pour les patients chez qui les facteurs de risque sont difficilement contrôlables ou qui ont eu au moins 3 épisodes d'érysipèle.

Dans notre enquête, 46,3% des médecins préconisaient un traitement antibiotique prophylactique chez les patients présentant des facteurs de risque non contrôlables ou non résolutifs. Ce qui est proche de l'étude de *Ihbibane et al* (43), dont 46,5 % des médecins proposaient l'antibioprophylaxie à la deuxième récurrence .

Ainsi ,dans l'étude de *Amal et al* (44),les récurrences étaient noté dans 10% des cas ,expliquées par la persistance d'un facteur favorisant local . Une antibioprohylaxie était réalisée par une injection par toutes les 3semaines de benzathine pénicilline de 2,4 millions d'unités chez ces patients.

F. Analyse uni variée

L'analyse de l'association entre les connaissances de nos médecins sur la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'érysipèle avec le secteur d'exercice, la formation suivie en dermatologie et les années d'exercice était non significative.

POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La prise en charge de l'érysipèle est le plus souvent ambulatoire, cependant la plupart des publications liées à sa prise en charge sont le plus souvent basées sur des études hospitalières.

De ce fait notre étude réalisée auprès des médecins généralistes de la ville de Fès a complété le faible nombre d'études en médecine de ville portant sur ce sujet, en effet c'est la deuxième au Maroc et la première dans la région de Fès Meknès.

Le biais de sélection a été évité par le calcul de l'échantillonnage représentatif et lors du recueil des données où nous avons pu obtenir un taux de participation jugé très bon (80%).

En excluant les médecins généralistes travaillant en milieu hospitalier, le biais de recrutement a été évité en premier lieu.

Notre étude a donné également une place à l'évaluation des connaissances des MG en matière des signes de fasciite nécrosante, qui constitue à la fois une évolution compliquée de l'érysipèle et un diagnostic différentiel.

Le questionnaire contient de nombreuses questions fermées, notamment cela permet d'obtenir une réponse précise, mais ça peut guider la réponse du médecin.

Par ailleurs, nous n'avons pas de moyens de vérifier si la conduite énoncée dans les réponses au questionnaire était réellement celle réalisée en pratique courante

PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

Etant donné qu'on a un taux de participation très bon, nous pouvons présager l'intention d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles des médecins généralistes de la ville de Fès.

De ce fait, nous suggérons :

- La réalisation d'études prospectives analysant les pratiques réelles des médecins dans notre contexte.
- La réalisation d'études prospectives comparant différentes conduites thérapeutiques, notamment antibiotiques, selon l'épidémiologie locale afin de ressortir un protocole de soins uniformisé pour la prise en charge des DHBNN au Maroc.

CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la ville de FES en ce qui concerne le diagnostic, le traitement et la prévention de l'érysipèle.

En effet, d'après notre enquête, il se révèle que l'érysipèle semble relativement fréquent en pratique de ville. Les médecins généralistes ont une connaissance relativement bonne en matière des facteurs de risque de survenue, mais accusent toujours la confusion avec les facteurs de risque d'une évolution compliquée notamment le diabète sucré. Cependant, cela ne retentit pas négativement sur leurs pratiques du moment qu'ils optent majoritairement pour une prise en charge hospitalière en cas de comorbidité à risque de décompensation.

Les éléments du diagnostic clinique, la place des examens para clinique sont aussi relativement bien connus par les praticiens. Pourtant, ces éléments devraient faire l'objet d'une vulgarisation visant à améliorer les attitudes diagnostiques en raison de la connaissance insuffisante des éléments cliniques de gravité et de la fasciite nécrosante.

Le choix de l'amoxicilline en première intention semble peu fréquent chez les médecins généralistes. La durée de l'antibiothérapie paraît insuffisante chez la moitié des médecins.

Le rapport bénéfice/ risque des agents anti-inflammatoires dans le traitement de l'érysipèle est bien connu par les MG en limitant le recours au traitement anti-inflammatoire.

Bien que la majorité de nos répondants semblent maîtriser les mesures associées en recherchant et en traitant systématiquement une porte d'entrée, la question de la contention veineuse et surtout de l'antibioprophylaxie restent des axes à améliorer. Cette dernière pouvant s'expliquer par un manque d'informations des MG.

RESUMES

RESUME

Introduction: L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë, non nécrosante, d'origine bactérienne, classiquement streptococcique. Pathologie fréquente dont le diagnostic est clinique dans sa forme typique. En absence de forme sévère ou compliqué indiquant l'hospitalisation ; le traitement repose sur une antibiothérapie antistreptococcique ciblée en ambulatoire. Les anti-inflammatoires sont déconseillés car n'ayant pas démontré de bénéfice thérapeutique net et aussi du fait du risque de survenue de complications infectieuses sévères à type de fasciites nécrosantes. La récurrence étant la complication la plus fréquente, la prise en charge des facteurs favorisants locaux et systémiques est essentielle. La prise en charge des dermo-hypodermite bactériennes non nécrosante a fait l'objet d'une récente mise à jour en février 2019.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la ville de Fès sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle, et de les confronter aux données de la littérature.

Méthodes: Nous avons réalisé une enquête prospective à visée descriptive et analytique auprès de 186 médecins généralistes des secteurs public et privé de Fès du Septembre 2021 au Février 2022.

Résultats / Discussion : Le taux de réponse était de 80%, les 149 questionnaires qui nous ont été retournés ont révélé que: en conformité avec la littérature médicale, des facteurs de risque locaux dont les portes d'entrées notamment l'intertrigo inter orteils pour 96,6% et le lymphoedème pour 68,5% ou de facteurs généraux dont l'obésité pour 72,5 % ; sont souvent retrouvés en cas d'érysipèle. Le recours aux examens complémentaires pour toutes causes confondues est de 67%. La prise en charge doit se faire en ambulatoire pour 91,3%,

le recours à l'hospitalisation ne s'avère nécessaires que pour les formes sévères, atypiques ou compliquées. L'amoxicilline orale en première intention et comme le propose les récentes recommandations est préconisée par 20,8% des médecins, est comparable à celui des enquêtes similaires. Le recours aux anti-inflammatoires est préconisé que par 4 % de nos médecins. Les préventions primaire et secondaire a pris l'attention de nos médecins dont tous les médecins sont favorables au traitement des portes d'entrée cutanée et 46,3 % à l'antibioprophylaxie à partir de la deuxième récurrence.

Conclusion : D'après notre enquête, les connaissances des médecins généralistes en matière du diagnostic sont relativement bonnes. Pourtant celles en matière de prise en charge thérapeutique devraient faire l'objet d'une vulgarisation visant à améliorer les attitudes thérapeutiques.

ABSTRACT

Introduction: Erysipelas is an acute, non-necrotizing dermo-hypodermatitis of bacterial origin, classically streptococcal. It is a frequent pathology whose diagnosis is clinical in its typical form. In the absence of a severe or complicated form indicating hospitalization, treatment is based on targeted antistreptococcal antibiotic therapy on an outpatient basis. Anti-inflammatory drugs are not recommended because they have not shown any clear therapeutic benefit and also because of the risk of severe infectious complications such as necrotizing fasciitis. Recurrence being the most frequent complication, the management of local and systemic factors is essential. The management of non-necrotizing bacterial dermo-hypodermatitis has been recently updated in February 2019.

Objective: The objective of our work was to evaluate the knowledge of general practitioners in the city of Fez on the diagnostic and therapeutic management of erysipelas, and to compare it with the data in the literature.

Methods: We conducted a prospective survey with descriptive and analytical aims among 186 general practitioners from the public and private sectors of Fez from September 2021 to February 2022.

Results/Discussion: The response rate was 80%, the 149 questionnaires returned to us revealed that: in accordance with the medical literature, local risk factors including the entry points notably intertrigo between toes for 96.6% and lymphedema for 68.5% or general factors including obesity for 72.5%; are often found in cases of erysipelas. The recourse to complementary examinations for all causes combined is 67%. Outpatient treatment was required for 91.3% of cases, and hospitalization was only necessary for severe, atypical or complicated forms. Oral amoxicillin as a first-line treatment, as proposed by the recent recommendations, is

recommended by 20.8% of doctors, which is comparable to similar surveys. The use of anti-inflammatory drugs is recommended by only 4% of our doctors. The primary and secondary prevention took the attention of our doctors, all of whom are in favor of the treatment of skin entry points and 46.3% in favor of antibiotic prophylaxis from the second recurrence.

Conclusion: According to our survey, general practitioners' knowledge of diagnosis is relatively good. However, knowledge of therapeutic management should be popularized in order to improve therapeutic attitude.

ملخص

مقدمة: الحمرة هي التهاب جلدي حاد، غير نخر، من أصل بكتيري ، عقديات كلاسيكية. مرض شائع يتم التشخيص يكون سريري في حالة عدم وجود حالة حرجة تستدعي الاستشفاء. يعتمد العلاج على مضاد حيوي الموجه ضد بكتيريا المكورات العقدية. لا ينصح بمضادات الالتهاب لأنها لم تظهر فائدة علاجية واضحة وأيضاً بسبب خطر حدوث مضاعفات معدية خطيرة مثل التهاب النفاة الناخر. الانتكاسات الشائعة جدا لذا من الضروري إدارة العوامل المؤهبة النظامية والمحلية. تم تحديث إدارة التهاب الجلد البكتيري الغير الناخر مؤخرا في فبراير 2019.

الهدف: كان الهدف من عملنا هو تقييم معرفة الممارسين العاميين في مدينة فاس حول التدبير التشخيصي والعلاجي للحمرة، ومقارنتها ببيانات من الأدبيات الطبية.

الطرق: أجرينا دراسة وصفية لـ 186 ممارساً عامًا في القطاعين العام والخاص بفاس من سبتمبر 2021 إلى فبراير 2022.

النتائج والمناقشة: بلغ معدل الاستجابة 80%، وكشفت الاستبيانات الـ 149 التي أعيدت إلينا أنه: وفقاً للأدبيات الطبية، فإن عوامل الخطر المحلية بما في ذلك نقاط الدخول بما في ذلك الثنيات بين أصابع القدم بنسبة 96.6% والوذمة اللمفية لـ 68.5% أو عامة. العوامل بما في ذلك السمنة لـ 72.5%؛ غالبًا ما توجد في حالات الحمرة. تبلغ نسبة استخدام الفحوصات الإضافية لجميع الأسباب مجتمعة 67%. يجب أن تتم الإدارة في العيادات الخارجية بنسبة 91.3%، واستخدام الاستشفاء ضروري فقط للأشكال الشديدة أو غير النمطية أو المعقدة. أموكسيسيلين عن طريق الفم كعلاج من الدرجة الأولى، وكما هو مقترح من قبل التوصيات الأخيرة، يوصي به 20.8% من الأطباء، يمكن مقارنته بتلك الدراسات المماثلة. ينصح 4% فقط من أطبائنا باستخدام مضادات الالتهاب. حظيت الوقاية الأولية والثانوية باهتمام أطبائنا ، وجميعهم يؤيدون علاج نقاط الدخول الجلدية و 46.3% من العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية من الانتكاس الثاني.

الخلاصة: وفقا لدراستنا فإن معرفة الممارسين العاميين من حيث التشخيص جيدة نسبيا. ومع ذلك ينبغي الترويج لتلك المتعلقة بالرعاية العلاجية لتحسين المواقف العلاجية.

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire d'enquête

Enquête évaluant les connaissances des médecins généralistes de la ville de Fès sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle

I. INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN:

Secteur d'exercice : Secteur Public oui non

Secteur Privé oui non

Age..... Genre: Féminin Masculin

Années d'exercice

Avez-vous suivi une formation en dermatologie durant votre cursus ? oui

non

Si oui :

Formation au Maroc oui non

Formation à l'étranger oui non, si oui quel pays

Formation : Théorique Pratique Les deux

II. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES GENERALES :

En moyenne, à combien de cas d'érysipèles êtes-vous confrontés par an ?

- < 1 cas par an oui non

- 1 à 5 cas par an oui non

- > 5 cas par an oui non

III. DIAGNOSTIC POSITIF :

1. L'érysipèle est une dermo-hypodermite streptococcique non nécrosante dont les facteurs favorisants observés sont:

Obésité oui non

Lymphoedème oui non

Diabète oui non

Ulcère de Jambe oui non

Insuffisance veineuse chronique oui non

Autres

2. les portes d'entrée de l'érysipèle sont :

Intertrigo inter orteil oui non

Crevasse des talons oui non

Écorchures et lésions de grattage oui non

Griffures des animaux oui non

Plaie oui non

Ulcère oui non

les scarifications oui non

les points de feu oui non

Autres

3. la localisation la plus observé :

Membre inférieur oui non

Face oui non

Membre supérieur oui non

Cuir chevelu oui non

Autres:

3.a) Les signes cliniques ayant orienté le diagnostic :

les signes généraux (fièvre, frissons, sd pseudo grippal.....) oui non

la douleur oui non

Placard érythémateux -œdémateux oui non

Bourrelet périphérique oui non

Pétéchies /ecchymose oui non

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bulles à contenu claire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> lymphangite | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Adénite satellite | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Autres :

3.b) Les signes cliniques orientant vers une forme grave d'érysipèle :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Instabilité hémodynamique | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Crépitations neigeuses | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Bulles hémorragiques | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Zones de nécrose | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Hyperalgie localisé | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Hypoesthésie | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Livedo | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Œdème dépassant l'érythème | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Autres :

3.c) les signes cliniques orientant vers une fasciite nécrosante :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Instabilité hémodynamique | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Crépitations neigeuses | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Bulles hémorragiques | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Zones de nécrose | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Décollement cutané | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Hyperalgie localisé | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Hypoesthésie | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Livedo | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Œdème dépassant l'érythème | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Autres :

4. Les complications observées :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Dermohypodermite nécrosante (fasciite nécrosante) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Abscess | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Septicémie | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Autres :

5. Devant un cas d'érysipèle, est-il indiqué que vous demandiez des examens para cliniques ?

- oui
 non

Si oui, dans quel but les demanderiez -vous

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poser le diagnostic positif | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Eliminer les diagnostics différentiels | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Rechercher les complications locales ou générales | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Rechercher les tares | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Quels seraient alors ces examens pour atteindre ce but :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Echographie des parties molles |
| <input type="checkbox"/> NFS PLQ | <input type="checkbox"/> Écho doppler veineux |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Pro calcitonine |
| <input type="checkbox"/> Fonction rénale | <input type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> Fonction hépatique | |
| <input type="checkbox"/> Hémoculture | |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement cutané pour bactériologie | |

IV. ATTITUDE THERAPEUTIQUE

1. Une fois le diagnostic d'érysipèle posé, vous décidez d'hospitaliser :

- Toujours oui non
- Si vous avez un doute diagnostic oui non
- Si signes de gravité générales oui non
- Si signes de gravité locales oui non
- Si Co morbidité pouvant décompenser, si oui lesquels : oui non
- Diabète Cardiopathie HTA Obésité
- Ethylisme Membre altéré (lymphœdème, atcd de chirurgie ...)
- Terrain d'immunodépression oui non
- Si difficultés du suivi médical à domicile oui non
- Si nécessité d'un traitement parentéral oui non

Autres :

2. Si vous décidiez de traiter en ambulatoire un érysipèle , quelle serait votre attitude thérapeutique ?

❖ Concernant l'antibiothérapie

a) *En 1ère intention et en l'absence d'allergie connue, vers quelle antibiothérapie vous dirigez-vous? (Une seule réponse).*

Amoxicilline (50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour) oui non

Pristinamycine (1 g x 3 /jour) oui non

Amoxicilline - Acide clavulanique (1 g x 3 /jour) oui non

Autre

b) *Le patient est allergique à votre antibiothérapie de 1ère intention. Vous lui Prescrivez... (Une seule réponse).*

Amoxicilline (50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour) oui

non

Pristinamycine (1 g x 3 /jour) oui non

Amoxicilline - Acide clavulanique (1 g x 3 /jour) oui non

Autre

c) Pour les 2 questions précédentes, quelle sera la durée de votre antibiothérapie ?

3 jours oui non

7 jours oui non

10 jour oui non

14 Jours oui non

20 jours oui non

d) Au décours, chez les patients présentant des facteurs de risque non contrôlables ou non résolutifs, faut-il mettre en place un traitement antibiotique prophylactique ?

Oui

Non

e) Si oui, à partir de combien d'épisodes durant l'année écoulée ?

1

2

3

4

f) Et par quelle antibiothérapie ? (Une seule réponse).

Amoxicilline 2g, 3 prises par semaine oui non

Pristinamycine 1g, 3 prises par semaine oui non

Benzyl-pénicilline G retard 2,4 MUI IM toutes les 3 semaines oui non

6.3) surélévation des membres Oui non

7) Après un traitement ambulatoire de première intention, vous proposeriez une hospitalisation secondaire si :

Aggravation des signes cliniques oui non

Décompensation de tare oui non

Absence d'apyrexie malgré 48h d'antibiothérapie oui non

Autres :

3) Concernant la surveillance :

- En ambulatoire :

Vous contrôlez systématiquement Oui non

Si oui :

➤ Après une semaine Oui non

➤ Après 15 jours Oui non

➤ Après 06 semaines Oui non

- En hospitalier :

Vous passez au traitement oral dès :

➤ Apyrexie Oui non

➤ CRP < 50 mg /l Oui non

La durée totale des traitements prescrit est :

07 jours Oui non

15 jours Oui non

20 jours Oui non

- A distance ; vous surveillez systématiquement :

Protéinurie de 24h à > 06 semaines oui non

Installation du lymphœdème oui non

Autres

Rien oui non

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. [Management of erysipelas and necrotizing fasciitis (long text)]. *Ann Dermatol Venereol.* déc 2000;127(12):1118-37.
- [2]. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. *Ann Dermatol Vénérologie.* oct 2019;146(10):610-25.
- [3]. Denis F, Martin C, Ploy MC. L'érysipèle: données microbiologiques et pathogéniques. *Médecine Mal Infect.* nov 2000;30:296s-305s.
- [4]. Bernard P, Plantin P, Roger H, Sassolas B, Villaret E, Legrain V, et al. Roxithromycin versus penicillin in the treatment of erysipelas in adults: a comparative study. *Br J Dermatol.* août 1992;127(2):155-9.
- [5]. Bernard P, Toty L, Mounier M, Denis F, Bonnetblanc JM. Early detection of streptococcal group antigens in skin samples by latex particle agglutination. *Arch Dermatol.* avr 1987;123(4):468-70.
- [6]. Bernard P. Dermo-hypodermal bacterial infections. Current concepts. *Eur J Med.* mai 1992;1(2):97-104.
- [7]. Kerstens PJSM, Endtz HP, Meis JFGM, Oyen WJG, Koopman RJI, Broek PJ, et al. Erysipelas-like skin lesions associated with *Campylobacter jejuni* septicemia in patients with hypogammaglobulinemia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* sept 1992;11(9):842-7.
- [8]. Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. *Int J Dermatol.* sept 1990;29(7):459-67.
- [9]. Middleton DB, Ferrante JA. Periorbital and facial cellulitis. *Am Fam Physician.* févr 1980;21(2):98-103.
- [10]. Vaillant L. Critères diagnostiques de l'érysipèle. *Médecine Mal Infect.* nov 2000;30:306s-14s.
- [11]. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winckelmann RK. *Dermatology.* Berlin: Springer Verlag; 1991. p. 174-6.

- [12]. Lorette G, Py F, Machet L, Vaillant L. Erysipèle : étude rétrospective de 100 cas. *Med Hyg* 1990; 48 : 764-8.
- [13]. Bernard P, Bedane C, Mounier M, Denis F, Bonnetblanc JM. [Bacterial dermo-hypodermatitis in adults. Incidence and role of streptococcal etiology]. *Ann Dermatol Venereol*. 1995;122(8):495-500.
- [14]. Dangoisse C, Ledoux M. [Recurrent erysipelas]. *Rev Med Brux*. sept 1991;12(7):253-6.
- [15]. Duvanel T, Harms M. [Erysipelas and infectious cellulitis: classification, diagnostic approach and treatment]. *Schweiz Rundsch Med Prax Rev Suisse Med Prax*. 24 févr 1987;76(9):216-9.
- [16]. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P, Vaillant L, Chosidow O, et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ*. 12 juin 1999;318(7198):1591-4.
- [17]. Ronnen M, Suster S, Schewach-Millet M, Modan M. Erysipelas. Changing faces. *Int J Dermatol*. avr 1985;24(3):169-72.
- [18]. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal Infections of Skin and Soft Tissues. *N Engl J Med*. 1996;334(4):6.
- [19]. Swartz MN, Weinberg AN. Bacterial diseases with cutaneous involvement. In: Fitzpatrick TP, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, Eds. *Dermatology in general medicine*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill Book: Company; 1987. p. 2104-8.
- [20]. Fekety FR. Fekety FR. Erysipelas. In: Demis DJ, McGuire J, Eds. *Clinical dermatology*, 19th ed. Philadelphia: Harper and Row; 1984. Section 16-16, p. 1-4.

- [21]. Swartz MN. Cellulitis and superficial infections In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, Eds. Principles and practice of infection diseases. New-York: John Wiley; 1985.p. 598-609.
- [22]. Hight AS, Hay RJ, Roberts SOB. Cellulitis and erysipelas. In: Champion RH, Burton JL, Eblings FJG, Eds. Rook-Wilkinson Ebling: textbook of dermatology, 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992. p. 968-73.
- [23]. Hammar H, Sverdrup B, Borglund E, Blombäck M. Coagulation and fibrinolytic systems during the course of erysipelas and necrotizing fasciitis and the effect of heparin. Acta Derm Venereol. 1985;65(6):495-503.
- [24]. Lorette G, Py F, Machet L, Vaillant L. Erysipele : etude retrospective de 100 cas. Med Hyg 1990; 48 : 764-8.
- [25]. Wannamaker LW. Differences between streptococcal infections of the throat and of the skin (second of two parts). N Engl J Med. 8 janv 1970;282(2):78-85.
- [26]. Mahé A, Destelle JM, Bruet A, Mathé C, Tuot D, Taveau JF, et al. [Deep venous thromboses in erysipelas of the leg. A prospective study of 40 cases]. Presse Medicale Paris Fr 1983. 13 juin 1992;21(22):1022-4.
- [27]. Mortazavi M, Samiee MM, Spencer FA. Incidence of deep vein thrombosis in erysipelas or cellulitis of the lower extremities: Incidence of DVT in lower leg erysipelas or cellulitis. Int J Dermatol. mars 2013;52(3):279-85.
- [28]. Gueorguieva H., Chosidow O., Rahmouni A., Faive Jm., Rouvre P., Beida M et al: Imagerie par résonance magnétique des cellulites infectieuses. Journées dermatologique de Paris : 1992 ; C23.

- [29]. Kopp M, Bernard P, Schmit JL. [Dealing with bacterial hypodermal infection in general practice: an inquiry and a prospective study]. *Ann Dermatol Venereol.* mars 2001;128(3 Pt 2):338-44.
- [30]. Hansmann Y. De quelles données a-t-on besoin aujourd'hui pour prendre en charge un érysipèle? *Médecine Mal Infect.* nov 2000;30:280s-90s.
- [31]. Jorup-Rönström C, Britton S, Gavlevik A, Gunnarsson K, Redman AC. The course, costs and complications of oral versus intravenous penicillin therapy of erysipelas. *Infection.* nov 1984;12(6):390-4.
- [32]. Elliott DC, Kufera JA, Myers RA. Necrotizing soft tissue infections. Risk factors for mortality and strategies for management. *Ann Surg.* nov 1996;224(5):672-83.
- [33]. Pitche P, Tchangai-Walla K. [Erysipelas of the leg in hospital environment in Lome (Togo)]. *Bull Soc Pathol Exot* 1990. 1997;90(3):189-91.
- [34]. Crickx B, Chevron F, Sigal-Nahum M, Bilet S, Faucher F, Picard C, et al. [Erysipelas: epidemiological, clinical and therapeutic data (111 cases)]. *Ann Dermatol Venereol.* 1991;118(1):11-6.
- [35]. Dupuy A. [Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors]. *Ann Dermatol Venereol.* mars 2001;128(3 Pt 2):312-6.
- [36]. Chartier C, Grosshans E. ERYSIPELAS: AN UPDATE. *Int J Dermatol.* nov 1996;35(11):779-81.
- [37]. Bartholomeeusen S, Vandenbroucke J, Truyers C, Buntinx F. Epidemiology and Comorbidity of Erysipelas in Primary Care. *Dermatology.* 2007;215(2):118-22.
- [38]. Clémence BB. Analyse de l'adéquation de l'antibiothérapie mise en place par l'omnipraticien dans l'érysipèle, vis-à-vis des Recommandations. :49.

- [39]. Dupuy A. Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Médecine Mal Infect.* nov 2000;30:291s-5s.
- [40]. Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, Dhaoui R, Bouassida S, Amri M, et al. Risk Factors for Erysipelas of the Leg in Tunisia: A Multicenter Case–Control Study. *Dermatology.* 2006;212(2):108-12.
- [41]. Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané BF, Sangaré A, Niamba P, et al. Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne: étude multicentrique cas-témoins. *Ann Dermatol Vénéréologie.* nov 2015;142(11):633-8.
- [42]. Larivière D, Blavot-Delépine A, Fantin B, Lefort A. Prise en charge de l'érysipèle en médecine générale: enquête de pratique. *Rev Médecine Interne.* déc 2011;32(12):730-5.
- [43]. Ihibbane F, Arsène NL, Adarmouch L, Amine M, Tassi N. [Evaluation of general practitioners' knowledge about diagnostic and therapeutic management of erysipelas in the city of Marrakech]. *Pan Afr Med J.* 2018;29:41.
- [44]. Amal S, Houass S, Laissaoui K, Moufid K, Trabelsi M. Érysipèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech (100 observations). *Médecine Mal Infect.* avr 2004;34(4):171-6.
- [45]. Chakroun M, Romdhane FB, Loussaief C, Letaief M, Bouzouaia N. Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'érysipèle des membres inférieurs en Tunisie. :17.
- [46]. Donka C. C031 Érysipèle : particularités de 244 cas observés en Guinée. :1.

- [47]. Korbi M, Aounallah A, Belkahla M, Boussofara L, Saidi W, Denguezli M, et al. Profil épidémio-clinique de l'érysipèle des membres inférieurs (EMI) : étude de 500 cas. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2013;140(12):S591.
- [48]. Eriksson B, Jorup-Ronstrom C, Karkkonen K, Sjoblom AC, Holm SE. Erysipelas: Clinical and Bacteriologic Spectrum and Serological Aspects. *Clin Infect Dis*. 1 nov 1996;23(5):1091-8.
- [49]. Goh T, Goh LG, Ang CH, Wong CH. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. *Br J Surg*. 12 déc 2013;101(1):e119-25.
- [50]. Bernard P. Critères d'hospitalisation initiale et secondaire. *Médecine Mal Infect*. nov 2000;30:365s-9s.
- [51]. Nelson JD. SEQUENTIAL PARENTERAL ORAL ANTIBIOTIC THERAPY FOR SERIOUS INFECTIONS. *Bull N Acad Med*. 1983;59(5):8.
- [52]. Bernard P, Christmann D, Morel M. Prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier. *Ann Dermatol Vénéréologie*. mars 2005;132(3):213-7.
- [53]. Jorup-Rönström C, Britton S. Recurrent erysipelas: Predisposing factors and costs of prophylaxis. *Infection*. mars 1987;15(2):105-6.



أطروحة رقم 22/197

سنة 2022

تقييم مجموعة معارف الأطباء العامين بمدينة فاس
حول تشخيص وعلاج الحمرة

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/05/17

من طرف

الآنسة جهان البوكريني
المزداة في 01 أكتوبر 1996 بالمنزل

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

معارف - أطباء عامون - حمرة

اللجنة

- الرئيس السيدة فاطمة الزهراء المرنيسي
أستاذة في طب الجلد
- المشرف السيدة حنان باي باي
أستاذة مبرزة في طب الجلد
- أعضاء { السيد محمد الأزمي الإدريسي
أستاذ في علم المناعة
- السيدة سميرة الفقير
أستاذة في علم الأوبئة السريرية
- السيدة سميرة رابحي
أستاذة في الطب الباطني