

ANNEE: 2010

THESE N°: 121

Recherche de facteurs de risque
d'un premier épisode d'érysipèle de jambe
(Etude cas-témoins prospective)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme. Kawtar ZAOUI

Née

le 6 Novembre 1984 à Laayoune

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Erysipèle – Facteur de risque – Erysipèle de jambe.

JURY

Mr. M.OUAALINE

Professeur de Médecine Sociale et Préventive

Mr. O. SEDRATI

Professeur de Dermatologie

Mr. M. EL OUENNASS

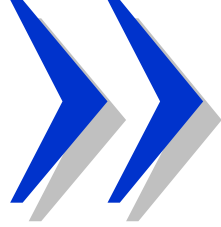
Professeur Agrégé de Microbiologie

Mr. H. AZENDOUR

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

PRESIDENT

RAPPEUR



سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم
الحكيم





**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Ali BEN OMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur El Hassan AHELLAT

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

15. Pr. BENOMAR Said* Anatomie Pathologique
16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJIM'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENS Aid Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

- 55. Pr. OHAYON Victor*
- 56. Pr. YAHYA OUI Mohamed

Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

57. Pr. BENHMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Nouredine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

- Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH Pédiatrique
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZAZ Abdellah*

- Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

- Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

100. Pr. SOULAYMANI ép. BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

- Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina

- Chirurgie Générale
Microbiologie

104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane

Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 154. Pr. BENTAHILA Abdelali
- 155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
- 156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
- 157. Pr. CHAMI Ilham
- 158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
- 159. Pr. EL ABBADI Najia
- 160. Pr. HANINE Ahmed*
- 161. Pr. JALIL Abdelouahed
- 162. Pr. LAKHDAR Amina
- 163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

- 164. Pr. ABOUQUAL Redouane
- 165. Pr. AMRAOUI Mohamed
- 166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
- 167. Pr. BARGACH Samir
- 168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
- 169. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
- 170. Pr. BENZAZZOUZ Mustapha
- 171. Pr. CHAARI Jilali*
- 172. Pr. DIMOU M'barek*
- 173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
- 174. Pr. EL MESNAOUI Abbes
- 175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
- 176. Pr. FERHATI Driss
- 177. Pr. HASSOUNI Fadil
- 178. Pr. HDA Abdelhamid*
- 179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
- 180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
- 182. Pr. BENOMAR ALI
- 183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
- 184. Pr. ER RIHANI Hassan
- 185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
- 186. Pr. KABBAJ Najat
- 187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
- 188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Décembre 1996

- 189. Pr. AMIL Touriya*
- 190. Pr. BELKACEM Rachid
- 191. Pr. BELMAHI Amin
- 192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
- 193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
- 194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
- 195. Pr. GAMRA Lamiae
- 196. Pr. GAOUZI Ahmed
- 197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
- 198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
- 199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
- 200. Pr. MOULINE Soumaya
- 201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
- 202. Pr. OUZEDDOUN Naima
- 203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

- 204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique

205. Pr. BEN AMAR Abdesslem
206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
207. Pr. BIROUK Nazha
208. Pr. BOULAICH Mohamed
209. Pr. CHAOUI Souad*
210. Pr. DERRAZ Said
211. Pr. ERREIMI Naima
212. Pr. FELLAT Nadia
213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
214. Pr. HAIMEUR Charki*
215. Pr. KADDOURI Nouredine
216. Pr. KANOUNI NAWAL
217. Pr. KOUTANI Abdellatif
218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
220. Pr. NAZZI M'barek*
221. Pr. OUAHABI Hamid*
222. Pr. SAFI Lahcen*
223. Pr. TAOUFIQ Jallal
224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
226. Pr. KHATOURI Ali*
227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
230. Pr. ALOUANE Mohammed*
231. Pr. LACHKAR Azouz
232. Pr. LAHLOU Abdou
233. Pr. MAFTAH Mohamed*
234. Pr. MAHASSINI Najat
235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
237. Pr. NASSIH Mohamed*
238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*
241. Pr. AIT OUMAR Hassan
242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANYAzzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*

Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie

255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufous
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabih
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane
287. Pr. BENNANI Rajae
288. Pr. BENOUCHE Thami
289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
290. Pr. BERRADA Rachid
291. Pr. BEZZA Ahmed*
292. Pr. BOUCHIKHI IDRIS Med Larbi
293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
295. Pr. CHAT Latifa
296. Pr. CHELLAOUI Mounia
297. Pr. DAALI Mustapha*
298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
300. Pr. EL HIJRI Ahmed
301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
302. Pr. EL MADHI Tarik
303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
304. Pr. EL OUNANI Mohamed
305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil

Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie

Radiologie

Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie

- 306. Pr. ETTAIR Said
- 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
- 308. Pr. GOURINDA Hassan
- 309. Pr. HRORA Abdelmalek
- 310. Pr. KABBAJ Saad
- 311. Pr. KABIRI EL Hassane*
- 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
- 313. Pr. LEKEHAL Brahim
- 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
- 315. Pr. MEDARHRI Jalil
- 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
- 317. Pr. MOHSINE Raouf
- 318. Pr. NABIL Samira
- 319. Pr. NOUINI Yassine
- 320. Pr. OUALIM Zouhir*
- 321. Pr. SABBAH Farid
- 322. Pr. SEFIANI Yasser
- 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
- 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

- 325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
- 326. Pr. AMEUR Ahmed*
- 327. Pr. AMRI Rachida
- 328. Pr. AOURARH Aziz*
- 329. Pr. BAMOU Youssef *
- 330. Pr. BELGHITI Laila
- 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
- 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
- 333. Pr. BENZEKRI Laila
- 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
- 335. Pr. BERADY Samy*
- 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
- 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
- 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
- 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
- 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
- 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmcd
- 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
- 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
- 344. Pr. EL MANSARI Omar*
- 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
- 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
- 347. Pr. HADDOUR Leila
- 348. Pr. HAJJI Zakia
- 349. Pr. IKEN Ali
- 350. Pr. ISMAEL Farid
- 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
- 352. Pr. KRIOULE Yamina
- 353. Pr. LAGHMARI Mina
- 354. Pr. MABROUK Hfid*
- 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
- 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
- 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
- 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
- 359. Pr. OUJILAL Abdelilah

- Pédiatrie
- Neuro-Chirurgie
- Chirurgie-Pédiatrique
- Chirurgie Générale
- Anesthésie-Réanimation
- Chirurgie Thoracique
- Traumatologie Orthopédie
- Chirurgie Vasculaire Périphérique
- Médecine Interne
- Chirurgie Générale
- Hématologie Clinique
- Chirurgie Générale
- Gynécologie Obstétrique
- Urologie
- Néphrologie
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Vasculaire Périphérique
- Pédiatrie

Urologie

- Anatomie Pathologique
- Urologie
- Cardiologie
- Gastro-Entérologie
- Biochimie-Chimie
- Gynécologie Obstétrique
- Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Rhumatologie

- Dermatologie
- Gastro – Entérologie
- Médecine Interne
- Anatomie Pathologique
- Psychiatrie
- Chirurgie Générale
- Pédiatrie
- Chirurgie Pédiatrique
- Urologie
- Gynécologie Obstétrique
- Dermatologie
- Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

- Gynécologie Obstétrique
- Cardiologie
- Ophtalmologie
- Urologie
- Traumatologie Orthopédie
- Traumatologie Orthopédie
- Pédiatrie
- Ophtalmologie
- Traumatologie Orthopédie
- Gynécologie Obstétrique
- Cardiologie
- Traumatologie Orthopédie
- Médecine Interne
- Oto-Rhino-Laryngologie

- 360. Pr. RACHID Khalid *
- 361. Pr. RAISS Mohamed
- 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
- 363. Pr. RHOU Hakima
- 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
- 365. Pr. SIAH Samir *
- 366. Pr. THIMOU Amal
- 367. Pr. ZENTAR Aziz*
- 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

- 369. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 370. Pr. AMRANI Mariam
- 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
- 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
- 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
- 375. Pr. BOULAADAS Malik
- 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
- 377. Pr. CHERRADI Nadia
- 378. Pr. EL FENNI Jamal*
- 379. Pr. EL HANCHI Zaki
- 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
- 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
- 382. Pr. HACHI Hafid
- 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
- 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
- 385. Pr. KHABOUZE Samira
- 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
- 387. Pr. LEZREK Mohammed*
- 388. Pr. MOUGHIL Said
- 389. Pr. NAOUMI Asmae*
- 390. Pr. SAADI Nozha
- 391. Pr. SASSENOU Ismail*
- 392. Pr. TARIB Abdelilah*
- 393. Pr. TIJAMI Fouad
- 394. Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

- 395. Pr. ABBASSI Abdelah
- 396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
- 397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
- 398. Pr. ALLALI fadoua
- 399. Pr. AMAR Yamama
- 400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 401. Pr. AZIZ Nouredine*
- 402. Pr. BAHIRI Rachid
- 403. Pr. BARAKAT Amina
- 404. Pr. BENHALIMA Hanane
- 405. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 406. Pr. BENYASS Aatif
- 407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
- 408. Pr. BOUKALATA Salwa
- 409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
- 410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
- 411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina

Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie Réanimation

Pédiatrie

Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie

412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOSSI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohammed
418. Pr. LYACOUBI Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibtiham
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham
442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
444. Pr. JROUNDI Laila
445. Pr. KARMOUNI Tariq
446. Pr. KILI Amina
447. Pr. KISRA Hassan
448. Pr. KISRA Mounir
449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
451. Pr. MANSOURI Hamid*
452. Pr. NAZIH Naoual
453. Pr. OUANASS Abderrazzak
454. Pr. SAFI Soumaya*
455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
456. Pr. SEFIANI Sana
457. Pr. SOUALHI Mouna
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
2. Pr. ALAOUI KATIM
3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma

- Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

- Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Médecine Interne
Parasitologie
Radiothérapie
O.R.L
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Anatomie Pathologique
Pneumo-Phtisiologie
Pneumo-Phtisiologie

- Biochimie
Pharmacologie
Histologie – Embryologie

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

4. Pr. ANSAR M'hammed
5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
7. Pr. DRAOUI Mustapha
8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
9. Pr. ETTAIB Abdelkader
10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
12. Pr. REDHA Ahlam
13. Pr. TELLAL Saida*
14. Pr. TOUATI Driss
15. Pr. ZELLOU Amina

* *Enseignants Militaires*

Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootecnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biochimie
Biochimie
Pharmacognosie
Chimie Organique



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dédicaces



À

Feu Sa Majesté Le ROI HASSAN II

Que Dieu ait son âme dans son Saint Paradis

À

Sa Majesté Le ROI MOHAMMED VI

CHEF SUPREME ET CHEF D'ETAT MAJOR GENERAL DES FORCES ARMEES
ROYALES.

Que dieu le glorifie et préserve son
Royaume.

À

Son Altesse Royale le Prince Héritier MOULAY EL HASSAN

Que dieu le garde.



A

Monsieur le Médecin Général de Brigade Ali ABROUQ

Professeur de l'enseignement supérieur en Oto-rhino-laryngologie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect et
notre profonde considération.

A

Monsieur le Médecin Colonel Major Mohammed HACHIM :

Professeur de l'enseignement supérieur en Médecine interne.

Directeur de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V

En témoignage de notre grand respect et
notre profonde cconsidération.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mes très chers parents

A mon époux

A mes sœurs Totofa et Sabah Nouna

A mon frère Didolus Populus

A tous mes oncles

A toutes mes tantes

A tous mes cousin(e)s


A mes grands-parents maternels

A feu mes grands-parents paternels

A mes beaux parents

A tous mes ami(e)s

... •



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Remercîmen
ts



A Notre Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Médecin Colonel Major Mohammed OUAALINE

Professeur de l'enseignement supérieur en Médecine Sociale et
préventive

Adjoint Actions scientifiques et techniques de l'inspection du service de
santé de l'EMG/FAR

Nous mesurons l'honneur que vous nous
faites en acceptant de présider notre jury
de thèse.

Puissiez-vous trouver dans ce travail
l'expression de notre sincère gratitude et
notre grand respect.



A Notre Maître et Rapporteur de Thèse

Monsieur le Médecin Colonel Major Omar SEDRATI

Professeur de l'enseignement supérieur en dermatologie
Chef du Service de Dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail avec autant de sympathie que de rigueur.

Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

admiration à la valeur de votre compétence,
votre rigueur ainsi que votre gentillesse,
votre sympathie et votre inaltérable bonne
humeur.

Nous tenons à vous exprimer notre profonde
reconnaissance, notre haute considération
et nos sentiments les plus distingués.

A Notre Maître et Juge de Thèse


Monsieur le Médecin Lt-Colonel Moustapha

EL OUENNASS

Professeur agrégé en Microbiologie

Spécialiste de Val de Grace

Chef du Service de Dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Il est pour nous un grand honneur de vous avoir parmi les membres du jury de notre travail.

Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre sincère gratitude et notre grand respect.

A Notre Maître et Juge de
Thèse

Monsieur le Médecin Commandant Hicham AZENDOUR

Professeur agrégé en Anesthésie-Réanimation

Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Nous mesurons l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi les membres de jury de notre travail.

Nous tenons à vous remercier pour l'aide précieuse que vous nous avez apporté, pour votre sympathie et votre aimable sollicitude.

Celle-ci est pour nous l'occasion de vous témoigner notre plus grande admiration et notre grande estime.

A Mon Amie




**Madame Le Médecin Officier Féminin 4ème Classe Siham
OUMAKHIR**

Résidente en Dermatologie

Service de Dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed
V Rabat

Je te remercie pour l'aide précieuse que
tu m'as apportée et pour la grande
sympathie que tu m'as toujours témoignée.
Je te suis très reconnaissante.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Table des Matières

<u>Introduction</u> í í í í í í í í í í í í í í í í í í .	3
<u>Première partie : Rappels</u> í í í í í í í í í í í í ...	5
1. <i>La peau</i>	6
2. <i>L'érysipèle</i> í í	7
3. <i>L'étude cas- témoin</i> í í í í í í í í í í í í í ..	10
<u>Deuxième partie : notre étude cas-témoins</u>	12
1. <i>Matériels et méthodes</i> í í í í í í í í í í í í ..	13
2. <i>Résultats</i>	16
2.1 <i>Descriptifs</i> í í í í í í í í í í í í í í í í í ...	16
2.2 <i>Comparatifs</i> í í í í í í í í í í í í í í í í í ...	25
<u>Discussion</u> í í í í í í í í í í í í í í í í í	38
<u>Conclusion</u> í í í í í í í í í í í í í í í í í	50



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Introduction

Selon la définition du traité de médecine AKOS: l'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue d'origine bactérienne essentiellement streptococcique...la localisation aux membres inférieurs prédomine -environ (90%des cas)- puis par fréquence décroissante, le visage, les membres supérieurs, le tronc, et les organes génitaux... La guérison est habituelle si le traitement est précoce, mais les récurrences sont fréquentes pouvant être source de complications invalidantes...

Nous nous proposons à travers cette étude de déterminer les facteurs de risque facilitant cette infection cutanée en vue d'en développer les stratégies préventives. Nous nous limiterons dans notre étude à l'érysipèle de jambe compte tenu de sa prédominance.

NATURE DE L'ETUDE:

Il s'agit d'une étude cas témoins prospective et comparative.

OBJECTIFS DE L'ETUDE:

Notre étude a pour objectif de déterminer les facteurs de risque d'apparition du premier épisode d'érysipèle de jambe. Ceci serait utile pour l'élaboration et l'évaluation des stratégies de prévention primaire.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Rappels

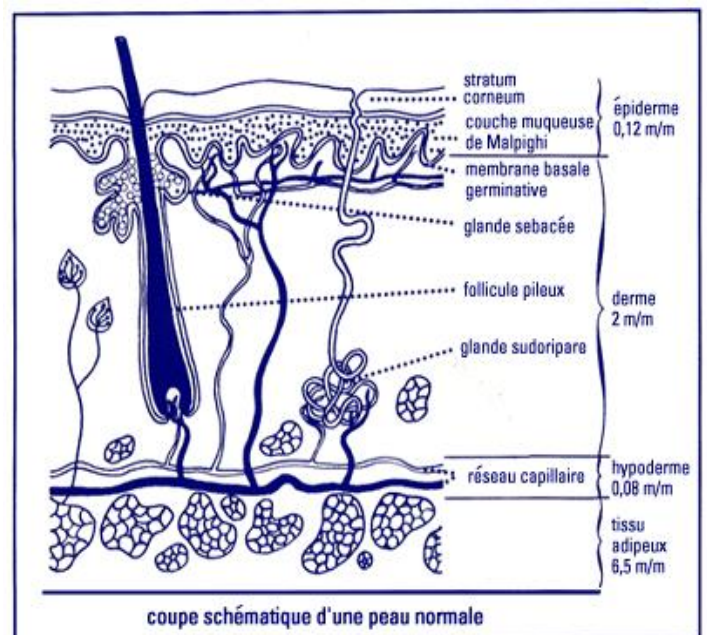
1. La peau

La peau est située en première ligne dans la défense vis-à-vis des infections.

C'est un milieu septique en équilibre comportant une flore microbienne abondante constituée de germes commensaux et d'autres dits (en transit) sur l'épiderme cutané, un déséquilibre de cette flore cutanée normale suite à des modifications quantitatives ou qualitatives est responsable de l'apparition d'infections cutanées diverses qui constituent un motif fréquent de consultation en pratique quotidienne.

Les infections cutanées bactériennes regroupent l'ensemble des infections des trois tuniques de la peau (épiderme, derme et hypoderme) Selon l'atteinte de l'une ou l'autre on distingue:

- Les infections cutanées superficielles devant une atteinte dermo épidermique.
- Les dermohypodermites: quand le germe colonise le derme et l'hypoderme sans atteinte de l'aponévrose superficielle.
- Les dermohypodermites nécrosantes: est associée à la nécrose du tissu conjonctif et adipeux mais sans atteinte de l'aponévrose superficielle.
- La fasciite nécrosante : caractérisée par la nécrose de l'aponévrose superficielle.



2. L'érysipèle

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë bactérienne non nécrosante due au Streptocoque bêta hémolytique du groupe "A" le plus souvent (1).

C'est une affection cutanée qui reste fréquente malgré les progrès de l'hygiène mais qui est généralement bénigne ne mettant pas en jeu le pronostic vital et ce depuis l'avènement de l'antibiothérapie(2).

Les récurrences restent fréquentes et surviennent dans 25% des cas environ (3).

Sa localisation au visage très fréquente jadis a laissé place actuellement à celles des membres inférieurs et surtout des jambes qui représente la forme clinique la plus observée soit dans 80 % des cas (1, 4).

Malheureusement peu de données épidémiologiques concernant l'érysipèle ont été publiées, la majorité de cas données émane principalement des services hospitaliers et ne reflète donc pas l'ensemble des érysipèles, puisque un nombre important de cas sont pris en charge en ambulatoire(5) et peuvent être influencés par de nombreux biais : modification au cours du temps des politiques de recrutement des services concernés, modification des critères d'hospitalisation, augmentation des formes atypiques, ...etc. (6)

Il s'agit du premier diagnostic à évoquer devant une grosse jambe aigue et fébrile.

Devant un tableau typique le diagnostic d'érysipèle est facile et les examens complémentaires sont en général inutiles (7).

L'intérêt des examens bactériologiques directs et des examens sérologiques est plus d'ordre épidémiologique que diagnostique du fait de leur manque de sensibilité (hémocultures positives

dans moins de 5% des cas) ou de leur positivité tardive (sérologie) risquant de compromettre un traitement précoce.

Les examens complémentaires sont réalisés exceptionnellement, essentiellement en cas de doute diagnostique ou de forme grave, en particulier l'imagerie IRM en cas de suspicion de forme profonde ou de fasciite (7), les examens biologiques ne sont requis que pour les formes demandant une réanimation.

Le diagnostic d'érysipèle est donc essentiellement clinique basé sur l'association d'un placard inflammatoire de survenue brutale à une fièvre, une lymphangite, et/ou une adénopathie satellite. Néanmoins, ces signes associés sont retrouvés dans 20 à 70% des cas. Cette inconstance justifie qu'ils ne soient pas cités dans la description nosologique.

Sous antibiothérapie adaptée, la guérison d'un érysipèle est obtenue en une dizaine de jours après une phase de desquamation superficielle.

Même sous traitement, des complications restent à craindre, principalement sous forme d'abcès, de nécroses cutanées, d'apparition ou d'aggravation d'un lymphœdème.

S'il n'est pas traité, l'érysipèle de jambe streptococcique développe des complications graves, voire mortelles(3).

Certains signes cliniques locaux de gravité font suspecter la survenue d'une dermo-hypodermite bactérienne nécrosante, en particulier une fasciite nécrosante: douleurs sévères contrastant avec une hypoesthésie cutanée, aspect cyanosé de la peau, décollement bulleux hémorragique, crépitations. La fasciite nécrosante est une infection polymicrobienne d'évolution rapide vers un sepsis grave, c'est une urgence médicochirurgicale.

L'hospitalisation est fonction des signes locaux et généraux, elle s'impose devant un tableau grave avec signes généraux importants et des complications locales, ainsi que devant un terrain fragile avec risque de décompensation de tares préexistantes ou d'un contexte social rendant le suivi à domicile impossible.

Le traitement classique de l'érysipèle repose sur une antibiothérapie précoce administrée par voie intraveineuse en milieu hospitalier à base de pénicilline G (12 à 20 millions d'UI/j) ou d'amoxicilline (100 à 150 mg/kg/j) jusqu'à l'obtention de l'apyrexie et la diminution des signes inflammatoires locaux. Un relais par l'antibiothérapie orale doit être poursuivi pendant 8 jours. La durée totale du traitement ne doit pas être inférieure à 10 jours.

En cas d'allergie aux bêtalactamines ou d'échec de celles-ci le choix se portera sur la Pristinamycine (2 à 3 g/j).

Devant un érysipèle typique sans signes de gravité, un traitement oral est possible en ambulatoire et associera un repos au lit jusqu'à l'amélioration nette des signes locaux.

Le paracétamol est éventuellement utilisé pour traiter les douleurs sans évaluation spécifique.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) exposent à des complications, telles que de petites zones de nécrose cutanée, et à des retards diagnostiques (3). De nombreuses observations publiées dans la littérature rapportent des complications à type de fasciite nécrosante survenues lors de l'utilisation d'AINS au cours de dermohypodermite aiguës bactériennes(8).

La thrombose veineuse profonde n'apparaît pas comme une complication habituelle de l'érysipèle, le risque de son apparition est faible (estimé à 0,7-49%) ne justifiant pas l'utilisation systématique d'anticoagulants ou antiagrégants mais l'absence, la présence d'autres facteurs de risque de thrombose, tel qu'un antécédent thromboembolique, sont des arguments en faveur d'une anticoagulation préventive par l'héparine, malgré le risque d'hémorragie (8-3).

Un essai de corticothérapie orale a montré un raccourcissement de l'évolution de quelques jours en moyenne; mais l'action immunodépressive des corticoïdes incite à la prudence.

La surélévation des jambes est une mesure empirique souvent adoptée, pour diminuer l'œdème et les douleurs (3).

3. Etude cas-témoins:

Outil d'épidémiologie permettant d'étudier l'étiologie ou les facteurs de risque en relation avec la probabilité de développer une maladie, c'est la stratégie d'investigation la plus utilisée pour quantifier les risques.

L'étude cas-témoins est basée sur la comparaison de deux groupes, le premier, constitué des – **cas**- : individus atteints de la maladie et le second, groupe des –**témoins**- choisi pour qu'il soit comparable au premier pour toutes les caractéristiques à l'exception de celle qui est étudiée.

La comparaison permet de chercher une différence entre **cas** et **témoins** pour un paramètre donné permettant d'exprimer le risque relatif de développer une maladie si une condition est satisfaite.

Les principales difficultés qu'on peut rencontrer dans une étude cas-témoins sont le choix d'un groupe témoin approprié et la documentation rétrospective de l'exposition au risque.

Comment évaluer la crédibilité des résultats d'une étude épidémiologique ?

- La qualité de l'échantillon étudié
La maladie est-elle bien définie ? Le groupe de malades étudié est-il représentatif ou biaisé ?

- Le choix des témoins
C'est le problème majeur de toute étude cas témoin.

Le principe est que ces témoins doivent être représentatifs de la population dans laquelle la maladie se manifeste.

- La puissance de l'étude
Pour les études considérées comme négatives : il faut regarder la borne supérieure de la fourchette de l'intervalle de confiance qui indique la force maximale de l'association.

Dans les études positives : il faut plutôt regarder la borne inférieure du même intervalle de confiance qui indique la force minimale de l'association.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- La force de l'association observée

Cette notion doit être distinguée de celle du degré de signification statistique. L'accumulation des zéros suivant la virgule du **p** indique seulement la probabilité pour que la liaison observée ne soit que le fruit du hasard, elle n'indique rien sur la force de l'association. La force de l'association est évaluée par l'OR Odds Ratio(9).

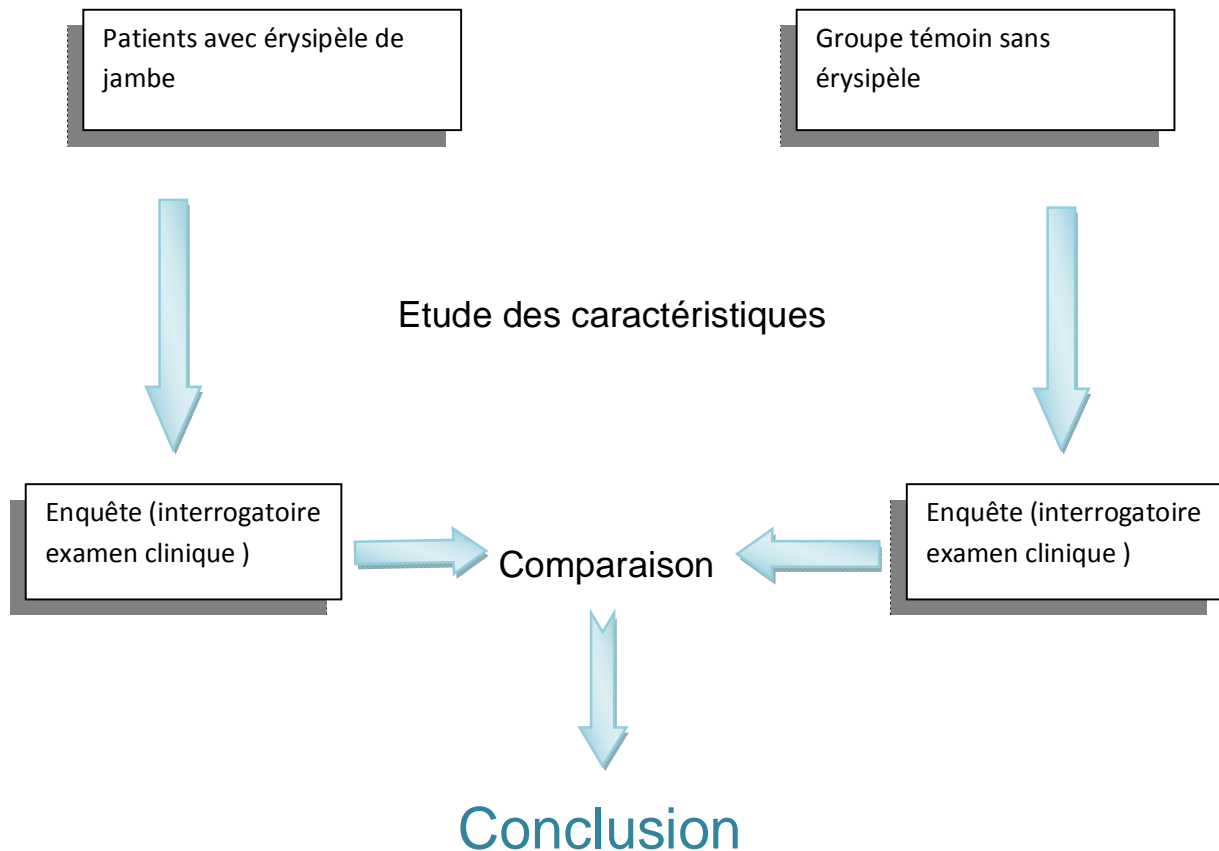


*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Etude Clinique

1. Matériels et méthodes :



L'étude a porté sur 30 cas d'érysipèle du membre inférieur admis au service de dermatologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V du 01/01/2009 au 31/12/2009 pour prise en charge d'un premier épisode.

Le diagnostic d'érysipèle était essentiellement clinique et reposait sur la constatation d'un placard inflammatoire douloureux de la jambe associé à un ou plusieurs des signes suivants: fièvre, adénopathie satellite, trainée de lymphangite, et ou la mise en évidence d'une porte d'entrée.

Pour chaque cas d'érysipèle nous avons choisi d'avoir 2 cas témoins admis dans d'autres services à l'hôpital répondant aux critères d'inclusion suivants :

- Age : âge du cas \pm 5ans.
- Sexe : identique.
- Date d'hospitalisation: ils devaient être hospitalisés dans la même période.

Concernant les cas, leur unique critère d'inclusion était le premier épisode d'érysipèle, ceci sous entend que les malades hospitalisés pour récurrence ont été exclus de l'étude.

Sur des fiches préétablies, nous avons recueilli de façon anonyme les résultats du questionnaire et de l'examen clinique de chaque malade.

Ce dernier a été formulé à partir des données de la littérature sur les facteurs de risque d'érysipèle de jambe (études rétrospectives et études cas témoins).

Pour l'analyse statistique et comparative des données recueillies, nous avons utilisé le logiciel SPSS statistics 17.0.

FICHE: Recherche de FACTEURS DE RISQUE D'ERYSIPELE DE JAMBE

IDENTIFICATION	EXAMEN CLINIQUE
<u>Sexe</u> 1) féminin 2) masculin	<u>Varicosités des membres inférieurs</u> 0) non 1) oui droite 2) oui gauche 3) oui bilatérale
<u>Age</u>	<u>Varices des membres inférieurs</u> 0) non 1) oui droits 2) oui gauches 3) oui bilatéraux
<u>Taille</u>	<u>Œdème des membres inférieurs</u> 0) non 1) oui droits 2) oui gauches 3) oui bilatéraux
<u>Poids</u>	<u>Lymphœdème des membres inférieurs</u> 1) non 2) oui droite 3) oui gauche 4) oui bilatérale
DESCRIPTION DE L'ERYSIPELE	
<u>Siège de l'érysipèle</u> 1) MID 2) MIG 3) BILAT	<u>Pouls</u> -pédieux droit 1) présent 0) non
<u>S'agit-il du premier épisode d'érysipèle</u> 1) oui 2) non	Gauche 1) présent 0) non
INTERROGATOIRE	
<u>Passez-vous les journées de semaine</u>	-Tibial post droit 1) présent 0) non
1) Assis la majeure partie du temps	Gauche 1) présent 0) non
2) Debout la majeure partie du temps	<u>Escarre</u> du talon droit 1) oui 0) non
3) Autant assis que debout	Gauche 1) oui 0) non
<u>Diabète connu</u> 0) non 1) oui	<u>Espace inter orteil</u> a) normal b) squames sans fissuration ni macération c) macération sans fissure visible d) fissuration
<u>Tabagisme actuel ou ancien</u> 0) non 1) oui	Pied droit 1ᵒ ..2ᵒ ..3ᵒ ᵔ 4ᵒ ..
<u>Ethylisme chronique</u> 0) non 1) oui	Pied gauche 1ᵒ ..2ᵒ ..3ᵒ ᵔ 4ᵒ ᵔ
<u>Antécédents:</u>	<u>Onychopathies</u> 1) oui 0) non
<u>de fracture d'un Membre inférieur</u> 0) non 1) oui droite 2) oui gauche 3) oui bilatérale	Pied droit 1ᵒ ..2ᵒ ᵔ 3ᵒ ᵔ 4ᵒ ..5ᵒ ..
<u>de fracture du petit bassin</u> 1) oui 0) non	Pied gauche 1ᵒ ..2ᵒ ..3ᵒ ..4ᵒ ..5ᵒ ..
<u>de chirurgie d'un membre inférieur</u> 0) non 1) oui droite 2) oui gauche 3) oui bilatérale	<u>Squames plantaires ou des bords latéraux</u> 1) oui 0) non
<u>de chirurgie du petit bassin</u> 1) oui 0) non	Pied droit A
<u>de chimiothérapie d'un membre inférieur</u> 0) non 1) oui droite 2) oui gauche 3) oui bilatérale	Pied gauche B
<u>de radiothérapie du petit bassin</u> 1) oui 0) non	<u>Plaie ou blessure des membres inférieurs</u> 0) non 1) oui droite 2) oui gauche 3) oui bilatérale
<u>neurologique du membre inférieur ou petit bassin</u> 1) oui 0) non	<u>Dermatose chronique des membres inférieurs</u> 1) oui 0) non
<u>d'ulcère de jambe</u> 0) non 1) oui droite 2) oui gauche 3) oui bilatérale	

2. Résultats:

Au cours de la période d'étude, 30 cas de premiers épisodes d'érysipèle de jambe ont été étudiés et comparés à 60 témoins.

2.1 Descriptifs:

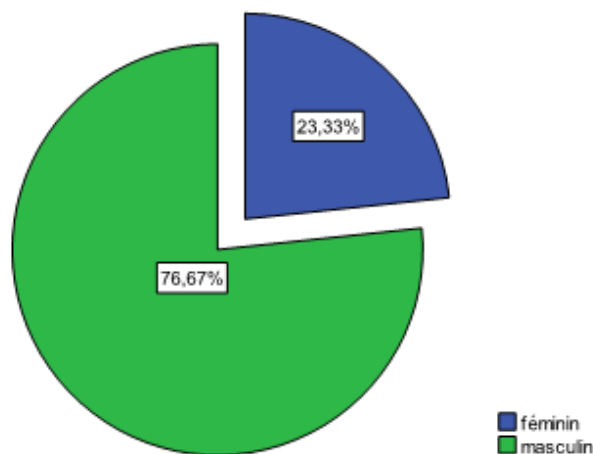
Les données obtenues par l'interrogatoire et l'examen clinique des cas malades sont les suivantes :

- Age :

L'âge de nos patients variait entre 15 et 72 ans avec une moyenne de 47,9 ans.

- Sexe :

Nos 30 patients étaient répartis en 7 femmes (23,3%) et 23 hommes (76,7%) avec un sexe ratio H/F de 3,28.



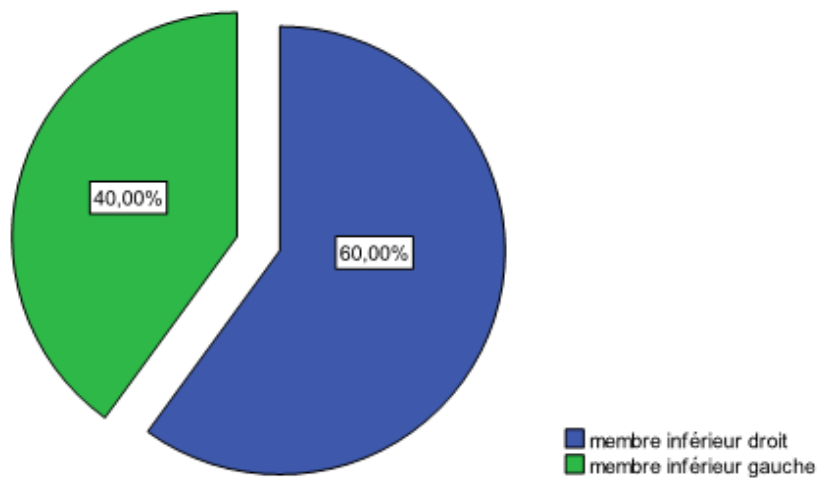
Représentation graphique selon les sexes

- L'indice de masse corporelle IMC :

La plupart des malades (63%) avaient un IMC élevé dépassant les 25 kg/m² avec une moyenne de 27,96 kg/m².

- Le siège de l'érysipèle :

Les localisations étaient unilatérales. Dans 60% des cas, l'érysipèle siégeait au membre inférieur droit.

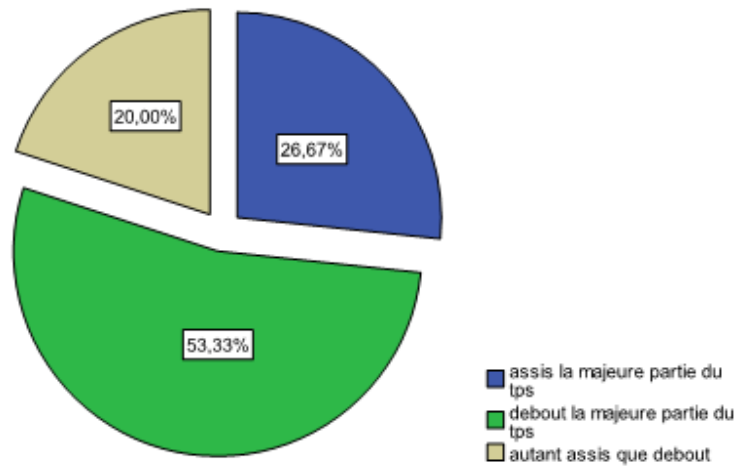


Représentation graphique selon le siège de l'érysipèle

- la station au cours de la semaine :

8 malades (26,7%) disaient passer la majeure partie du temps en position assise.

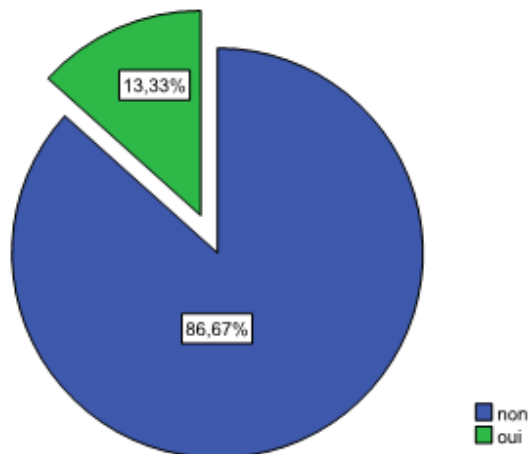
16 autres (53,3%) ont répondu être debout la plupart du temps.



Représentation graphique selon la station au cours de la journée

- Antécédents de diabète :

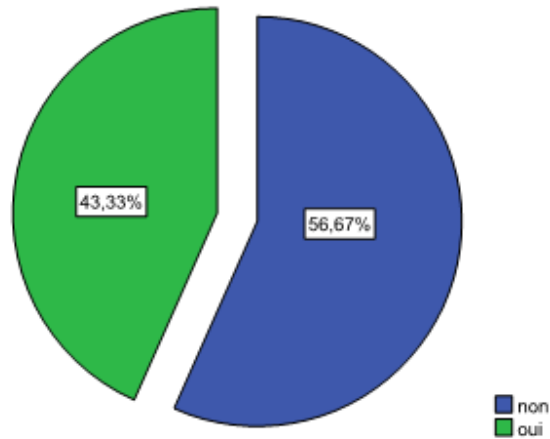
Sur l'ensemble des cas étudiés, 4 patients présentaient un diabète de type II.



Représentation graphique du pourcentage des diabétiques dans le groupe des cas

- Le tabagisme :

13 (43,3%) patients parmi les cas étudiés étaient tabagiques.



Représentation graphique du pourcentage des tabagiques dans le groupe des cas

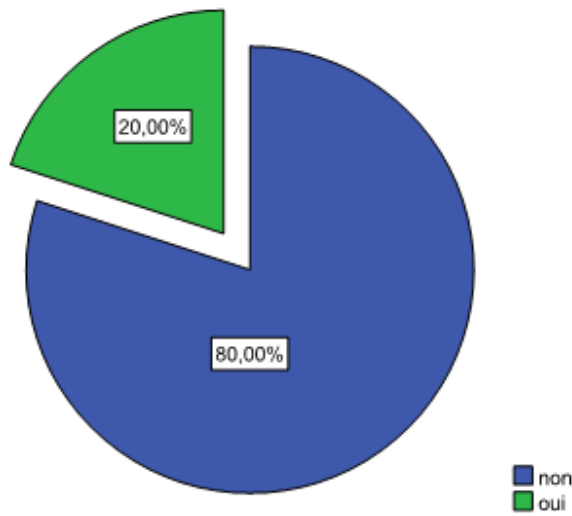
- L'éthylisme :

Aucun patient n'avait un antécédent d'alcoolisme.

- Antécédents de fracture du membre inférieur :

6 patients (20%) avaient des antécédents de fracture du membre inférieur.

Chez 5 d'entre eux, l'érysipèle siégeait du même côté que la fracture.

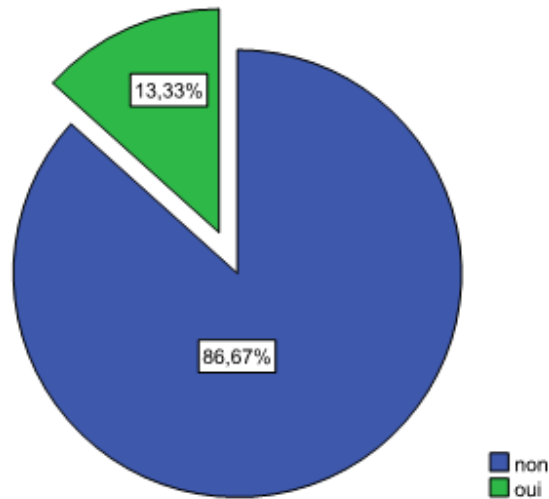


Représentation graphique du pourcentage de malades ayant comme antécédent une fracture d'un membre inférieur

- Antécédent de chirurgie du membre inférieur :

4 malades (13,3%) avaient subi une chirurgie d'un membre inférieur.

Chez 3 d'entre eux, l'érysipèle est survenu du côté opéré : 2 patients étaient opérés pour varices des membres inférieurs et le troisième cas pour fracture avec pose de matériel d'ostéosynthèse.



Représentation graphique du pourcentage des malades ayant subi une chirurgie d'un des membres inférieurs

- Antécédents de fracture ou de chirurgie du petit bassin :

Aucun patient n'avait un antécédent de fracture ou de chirurgie du petit bassin.

- Antécédents de radiothérapie d'un membre inférieur ou du petit bassin :

Aucun patient n'avait un antécédent de radiothérapie du membre inférieur ou du petit bassin.

- Antécédent neurologique du membre inférieur ou du petit bassin :

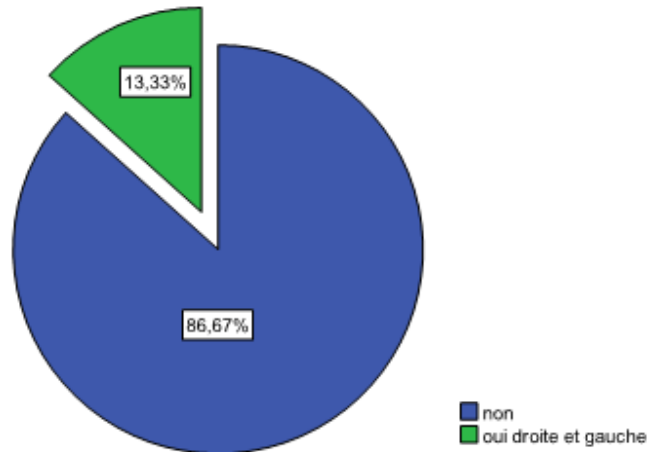
Aucun patient n'avait d'antécédent neurologique du membre inférieur ou du petit bassin.

- Antécédent d'ulcère de jambe :

Aucun patient n'avait un antécédent d'ulcère de jambe.

- Varices des membres inférieurs :

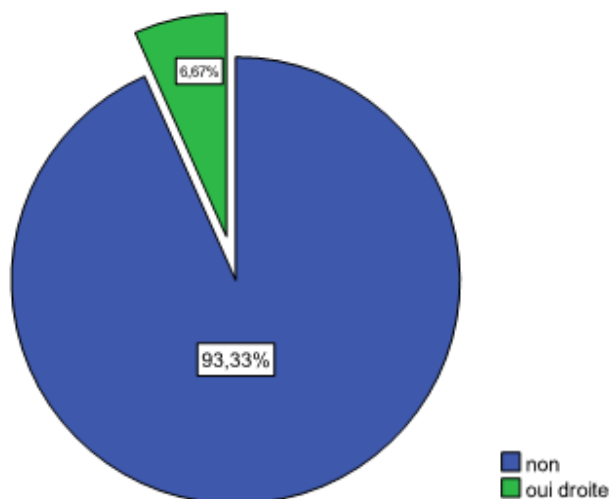
4 patients (13,3%) avaient à l'examen clinique des varices des membres inférieurs



Représentation graphique du pourcentage des malades qui avaient des varices des membres inférieurs à l'examen clinique

- L'œdème des membres inférieurs OMI :

2 patients (6,7%) avaient à l'examen clinique des œdèmes des membres inférieurs dus à une insuffisance veineuse .



Représentation graphique du pourcentage des malades avec oedèmes des membres inférieurs à l'examen clinique

- Lymphœdème :

Le lymphœdème n'a été noté chez aucun patient.

- Pouls pédieux et tibiaux postérieurs :

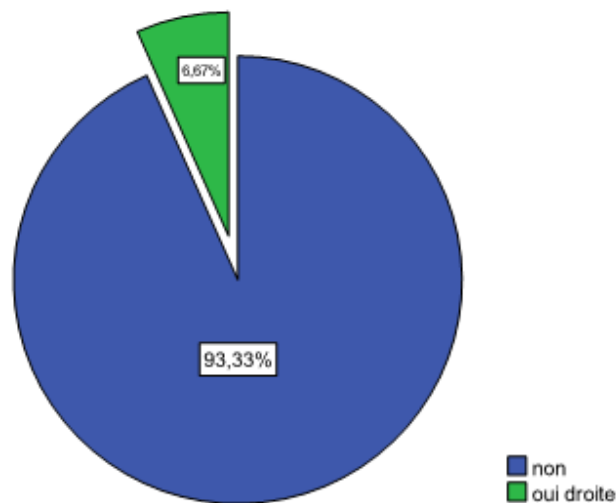
Ils étaient présents et palpables chez tous les patients.

- Escarre du talon ou d'un autre siège :

Aucun patient ne présentait d'escarre à l'examen clinique.

- Plaie ou blessure du membre inférieur :

2 patients (6,7%) avaient une plaie traumatique du membre inférieur Les 2 ont développé l'érysipèle du coté du membre blessé.



Représentation graphique du pourcentage des malades présentant des plaies ou blessures des membres inférieurs lors de l'examen clinique

- Squames plantaires ou des bords latéraux des pieds :

12 patients (40%) avaient des squames plantaires et des bords latéraux des pieds à l'examen clinique.

L'atteinte était bilatérale chez 8 malades.

3 parmi les 4 patients qui avait une atteinte unilatérale ont développé l'érysipèle du côté des squames

- Espaces inter-orteils (EIO):

		1 ^{er} EIO	2 ^{ème} EIO	3 ^{ème} EIO	4 ^{ème} EIO
Pied droit	Normal	14 cas (46,7%)	9 cas (30%)	4 cas (13,3%)	2 cas (6,7%)
	Squames sans fissuration ni macération	14 cas (46,7%)	17cas (56,7%)	20cas (66,7%)	18 cas (60%)
	Macération sans fissures visibles	2 cas (6,7%)	3 cas (10%)	5 cas (16,7%)	8 cas (26,7%)
	Fissuration	(0 %)	1 cas (3,3%)	1cas (3,3%)	2 cas (6,7%)
Pied gauche	Normal	16 cas (53,3%)	8 cas (26,7%)	4 cas (13,3%)	1cas (3,3%)
	Squames sans fissuration ni macération	12cas (40%)	18 cas (60%)	18 cas (60%)	19 cas (63,3%)
	Macération sans fissures visibles	2 cas (6,7%)	4 cas (13,3%)	7 cas (23,3%)	9 cas (30%)
	Fissuration	0%	0%	1 cas (3,3%)	1 cas (3,3%)

▪ Onychopathies :

	1 ^{er} orteil	2 ^{eme} orteil	3 ^{eme} orteil	4 ^{eme} orteil	5 ^{eme} orteil
Pied droit	12 cas (40%)	6 cas (20%)	6 cas (20%)	6 cas (20%)	7 cas (23,3%)
Pied gauche	11 cas (36,7%)	5 cas (16,7%)	5 cas (16,7%)	5 cas (16,7%)	6 cas (20%)

Concernant les données du groupe témoin nous avons choisi de ne rapporter que celles des paramètres communs entre groupe témoin et malade; et qui figureront dans la partie suivante : Résultats statistiques et comparatifs.

2.2 Statistiques et comparatifs

▪ L'âge :

Tableau 1: tableau comparatif des données sur l'âge des sujets malades et témoins

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Age	47,9 ± 14,64	47,43 ± 13,59	0,88	-5,73-6,66

L'âge faisait partie des critères de choix de notre échantillon, la comparaison des deux groupes cas et témoins selon la moyenne d'âge serait inutile.

- Le sexe:

Tableau 2: tableau comparatif des données concernant le sexe ratio dans le groupe des cas et témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p
Sexe H/F	23(76,7%)/7(23,3%)	46(76,7%)/14(23,3%)	1

Le sexe était aussi un paramètre de choix de notre échantillon, et la comparaison des deux groupes cas et témoins selon le sexe serait inutile.

- IMC (indice de masse corporelle) :

Tableau 3: tableau comparatif des valeurs d'IMC des malades et témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	OR	IC (95%)
IMC	27,96± 6,09	24,59± 3,57	0,004	1,17	1,05-1,30

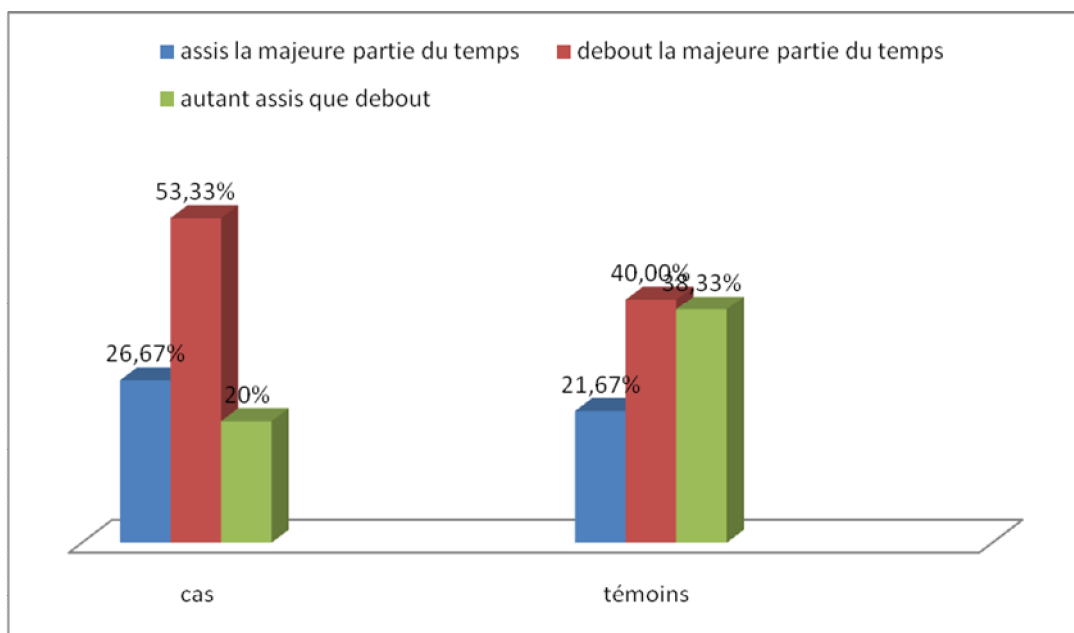
La moyenne d'IMC chez le groupe des malades est de 27,96±6,09 kg/m² qui est élevée par rapport au groupe témoin chez qui la moyenne d'IMC est de 24,59±3,57kg/m².

En analyse statistique la différence entre les deux groupes concernant l'IMC est significative (p = 0,004; OR = 1,17; IC [95%] = 1,05-1,30).

- La station pendant les jours de semaine :

Tableau 4: tableau comparatif des données d'interrogatoire sur la station pendant la journée des sujets malades et des témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p
Assis la majeure partie du temps	8(26,7%)	13(21,7%)	0,21
Debout la majeure partie du temps	16(53,3%)	24(40%)	
Autant assis que debout	6(20%)	23(38,3%)	

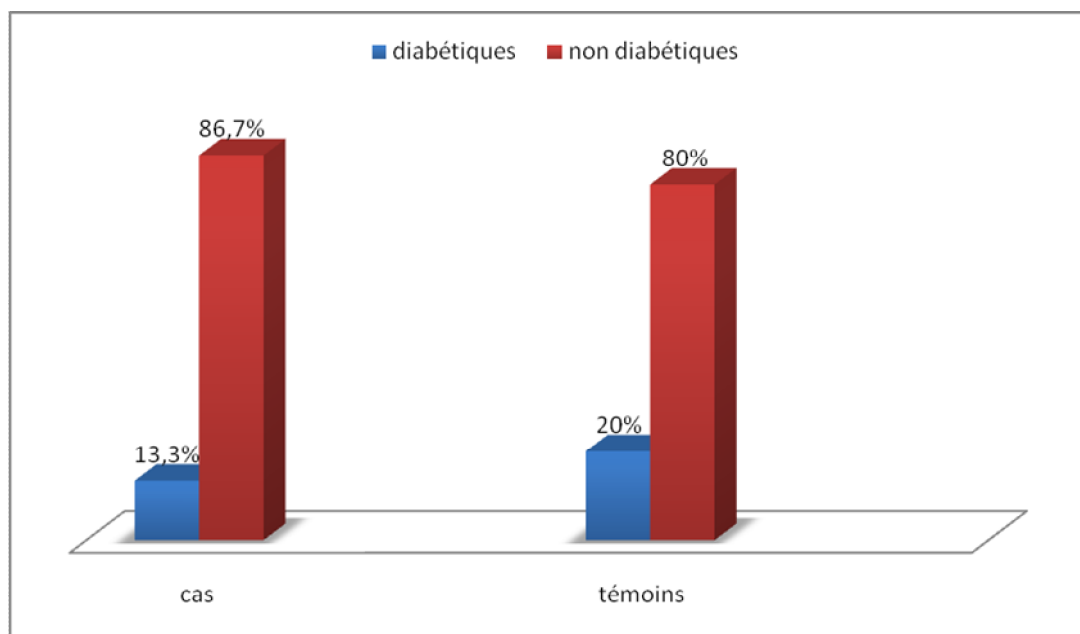


Diagrammes en battons comparants les stations au cours de la journée des sujets malades et témoins.

▪ Le diabète :

Tableau5: tableau comparatif des données d'interrogatoire recherchant des sujets diabétiques parmi le groupe de cas et celui de témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Diabète	4(13,3%)	12(20%)	0,43	0,47-5,54



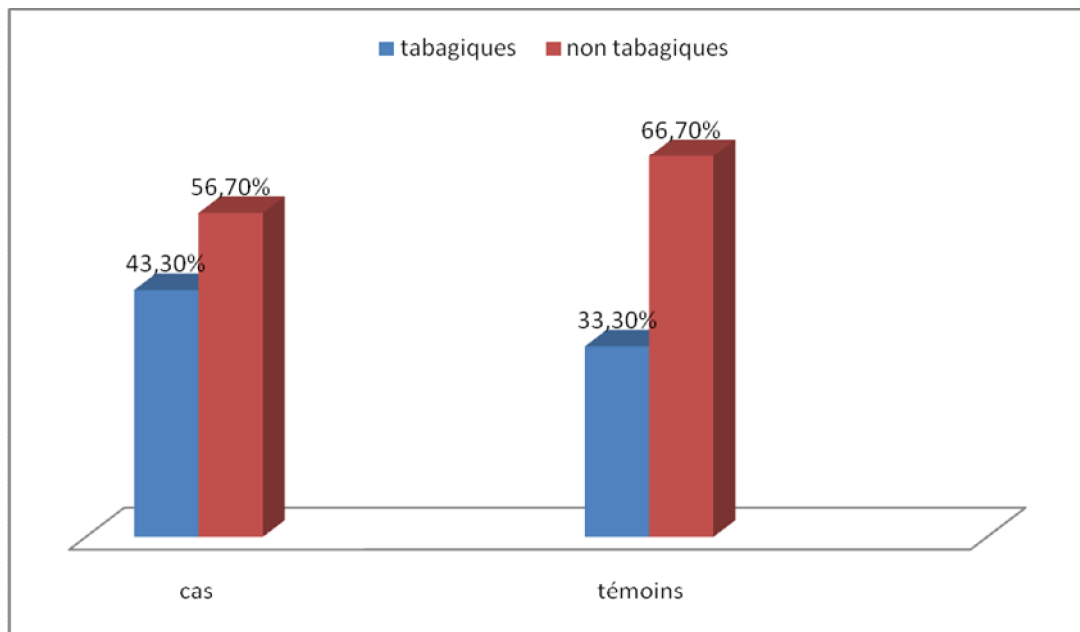
Diagrammes en battons comparants les pourcentages de sujets diabétiques dans le groupe de cas et témoins.

Le diabète a été retrouvé chez 13,3% de patients malades et chez 20% de témoins
 En analyse uni variée la différence notée entre groupe de cas et témoins est statistiquement non significative.

▪ Le tabagisme :

Tableau 6: tableau comparatif des données d'interrogatoire recherchant des sujets tabagiques parmi le groupe des malades et celui de témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Tabagisme	13(43,3%)	20(33,3%)	0,35	0,26-1,60



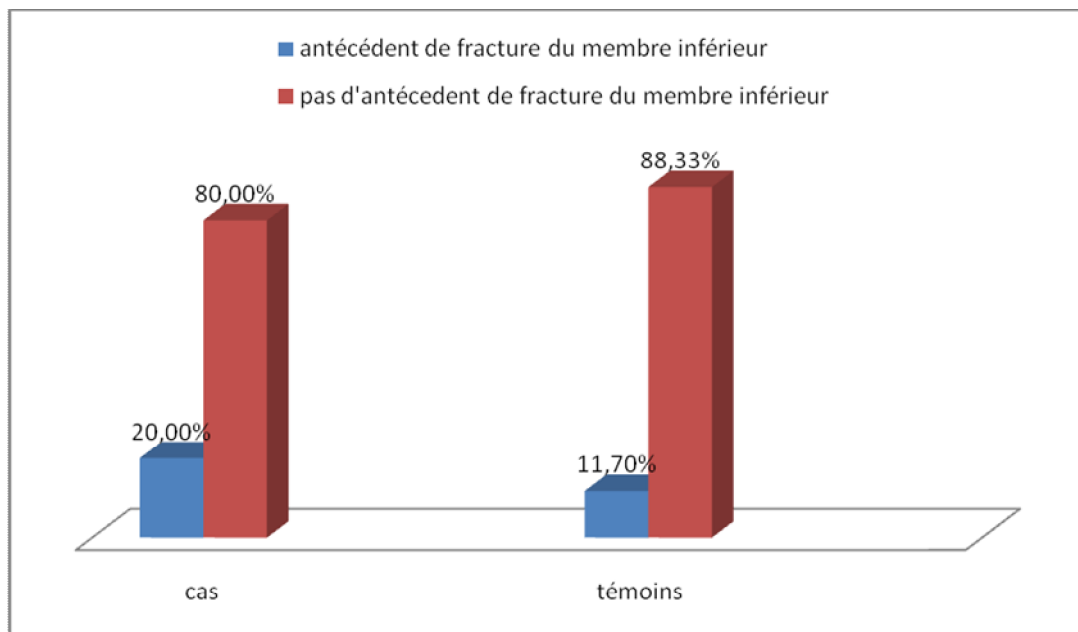
Diagrammes en battons comparant les pourcentages de sujets tabagiques des les groupes de cas et témoins.

43,3% de nos patients étaient tabagiques comparés à 33,3% chez les témoins
 Cette différence notée est statistiquement non significative.

▪ Antécédent de fracture du membre inférieur :

Tableau 7: tableau comparatif des données d'interrogatoire concernant l'antécédent de fracture d'un membre inférieur dans le groupe de cas et témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Antécédent de fracture du membre inférieur	6(20%)	7(11,7%)	0,28	1,60-1,74



Diagrammes en battons comparants les pourcentages de sujets ayant un antécédent de fracture d'un membre inférieure dans le groupe des cas et témoins

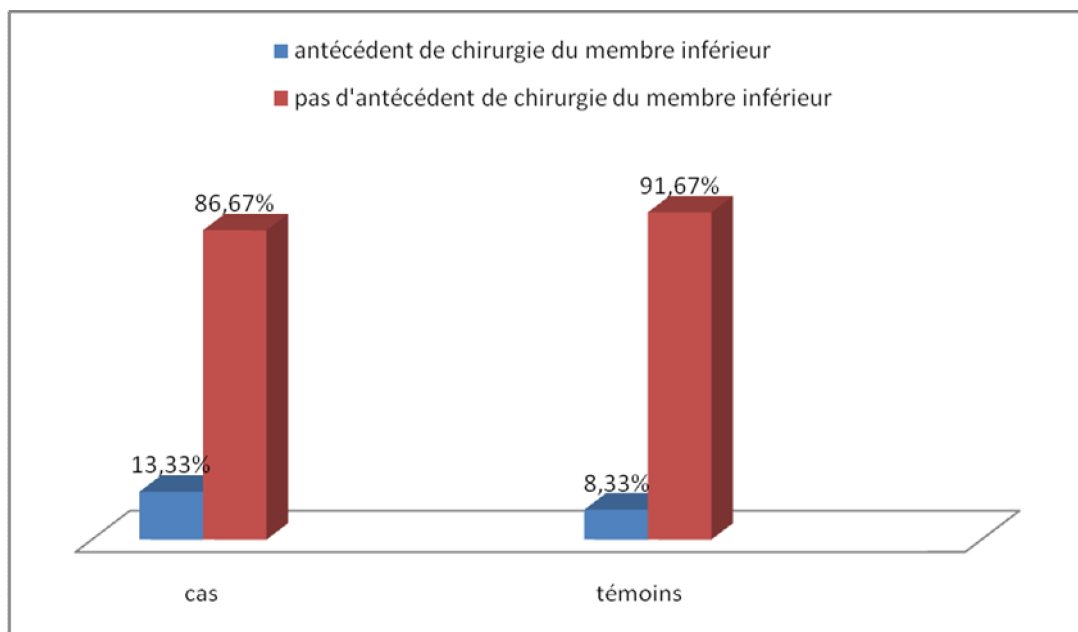
20% des cas avaient un antécédent de fracture d'un des membres inférieurs versus 11,7% des témoins.

Cette différence notée est statistiquement non significative.

▪ Antécédent de chirurgie du membre inférieur :

Tableau 8: tableau comparatif des données d'interrogatoire recherchant un antécédent de chirurgie du membre inférieur dans le groupe de cas et témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Antécédent de chirurgie du membre inférieur	4(13,3%)	5(8,3%)	0,46	0,14-2,38



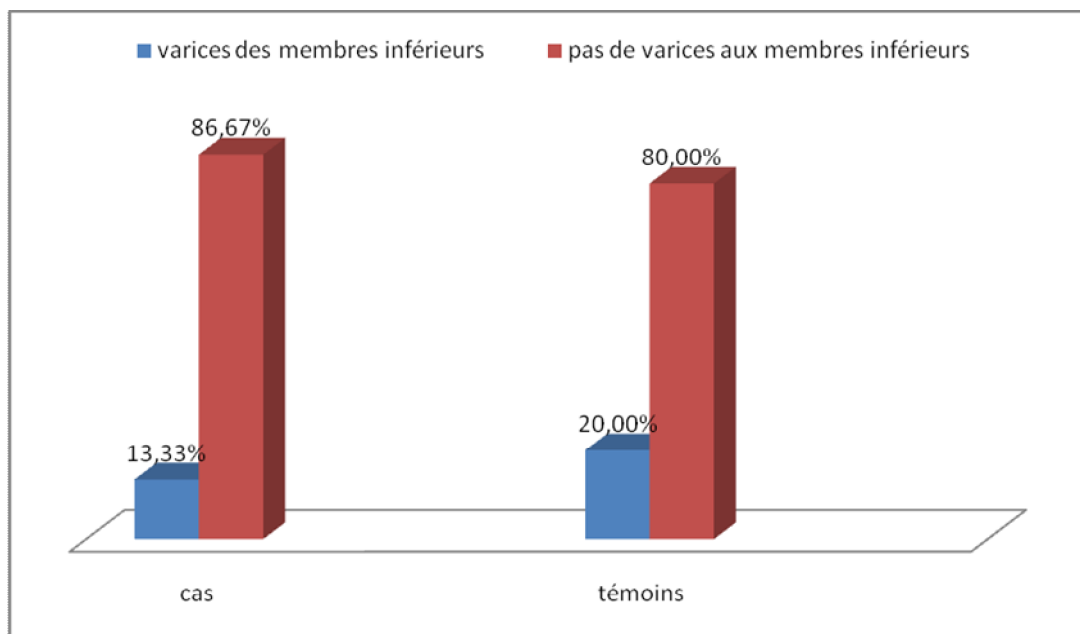
Diagrammes en battons comparatifs des pourcentages de sujets ayant un antécédent de chirurgie d'un membre inférieur dans le groupe de cas et témoins

13,3% des malades avaient subi une chirurgie du membre inférieur versus 8,3% des témoins. La différence notée n'est statistiquement pas significative.

▪ Les varices des membres inférieurs :

Tableau 9: tableau comparatif des données d'examen clinique recherchant la présence de varices des membres inférieurs dans le groupe des cas et témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Varices des membres inférieurs	4(13,3%)	12(20%)	0,43	0,47-5,54



Diagrammes en battons comparants les pourcentages de sujets ayants des varices des membres inférieurs dans le groupe de cas et celui de témoins.

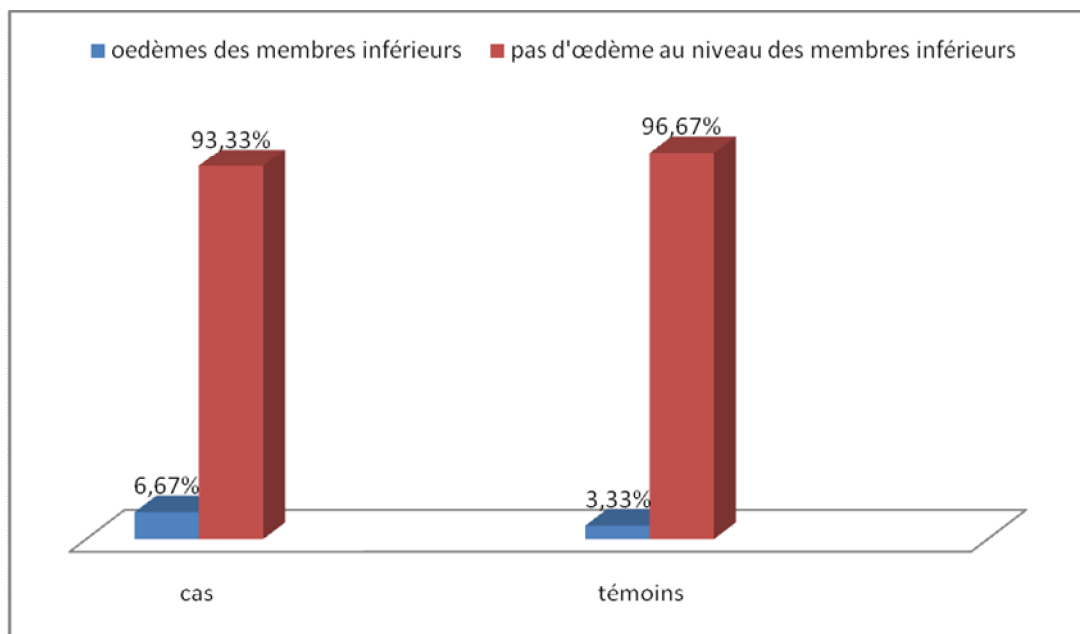
13,3% des malades avaient des varices des membres inférieurs à l'examen clinique versus 20% des témoins.

La différence notée n'est statistiquement pas significative.

▪ Œdèmes des membres inférieurs :

Tableau 10: tableau comparatif des données d'examen clinique recherchant la présence d'œdèmes des membres inférieurs chez le groupe des cas et celui de témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
OMI	2(6,7%)	2(3,3%)	0,47	0,06-3,6



Diagrammes en battons comparants les pourcentages des sujets ayant des œdèmes des membres inférieurs dans le groupe de malades et témoin.

Des œdèmes des membres inférieurs ont été retrouvés chez 6,67% des cas versus 3,33% chez le groupe témoin.
 Cette différence est en analyse statistique non significative.

▪ Dermatose chronique des membres inférieurs :

Tableau 11: tableau comparatif des données d'examen clinique des membres inférieurs recherchant la présence de dermatose chronique dans le groupe de cas malades et celui des témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Dermatose chronique des membres inférieurs	3(10%)	3(5%)	0,37	0,09-2,5



Diagrammes en battons comparatifs des pourcentages des sujets ayant une dermatose chronique des membres inférieurs dans le groupe de cas et celui des témoins.

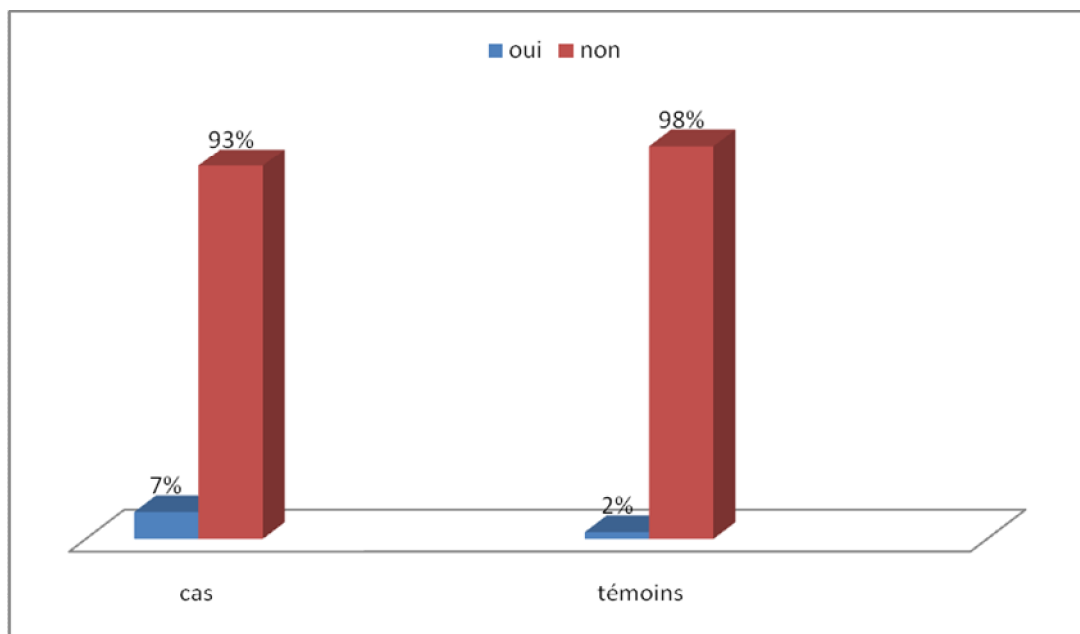
10% des malades avaient à l'examen clinique une dermatose chronique des membres inférieurs versus 5% chez le groupe témoin.

La différence notée est statistiquement non significative.

▪ Plaie ou blessure des membres inférieurs :

Tableau 12: tableau comparatif des données d'examen clinique des membres inférieurs des malades et témoins recherchant la présence de plaies ou blessures.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Plaie ou blessure des membres inférieurs	2(6,7%)	1(1,7%)	0,24	0,02-2,72



Diagrammes en battons comparatifs des pourcentages de sujets ayant des plaies ou blessures des membres inférieurs dans le groupe de cas et celui de témoins.

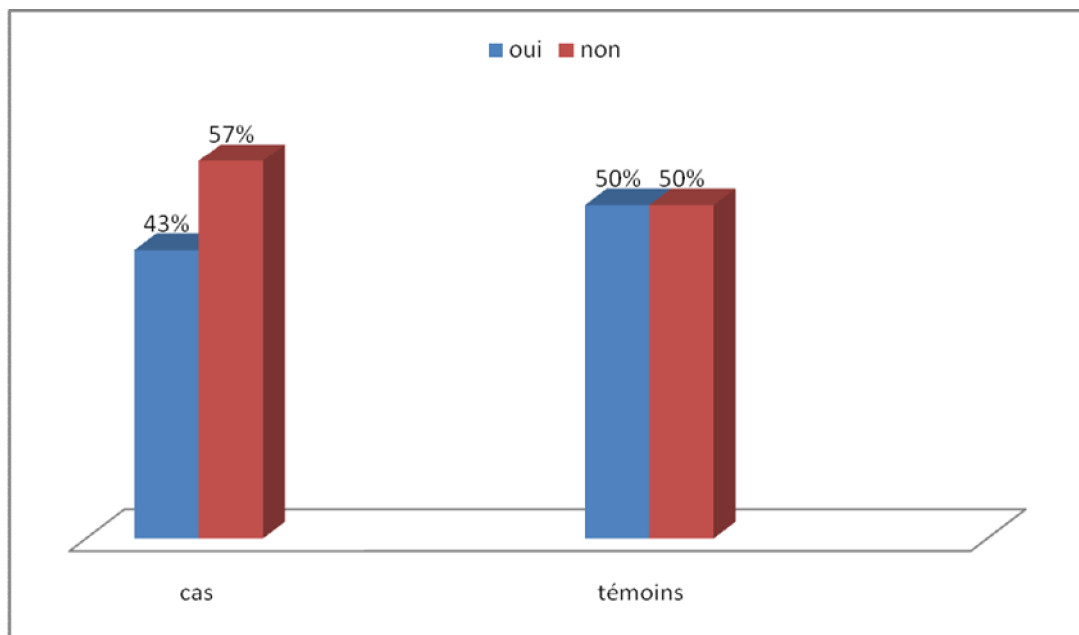
Nous avons noté à l'examen clinique des plaies et blessures des membres inférieurs chez 6,7% des cas versus 1,7% dans le groupe témoin.

La différence notée est statistiquement non significative.

▪ Onychopathies:

Tableau 13: tableau comparatif des données d'examen clinique unguéal des groupes cas et témoins.

	Cas n=30	témoins n=60	p	IC (95%)
Onychopathies	13(43,3%)	30(50%)	0,55	0,54-3,15



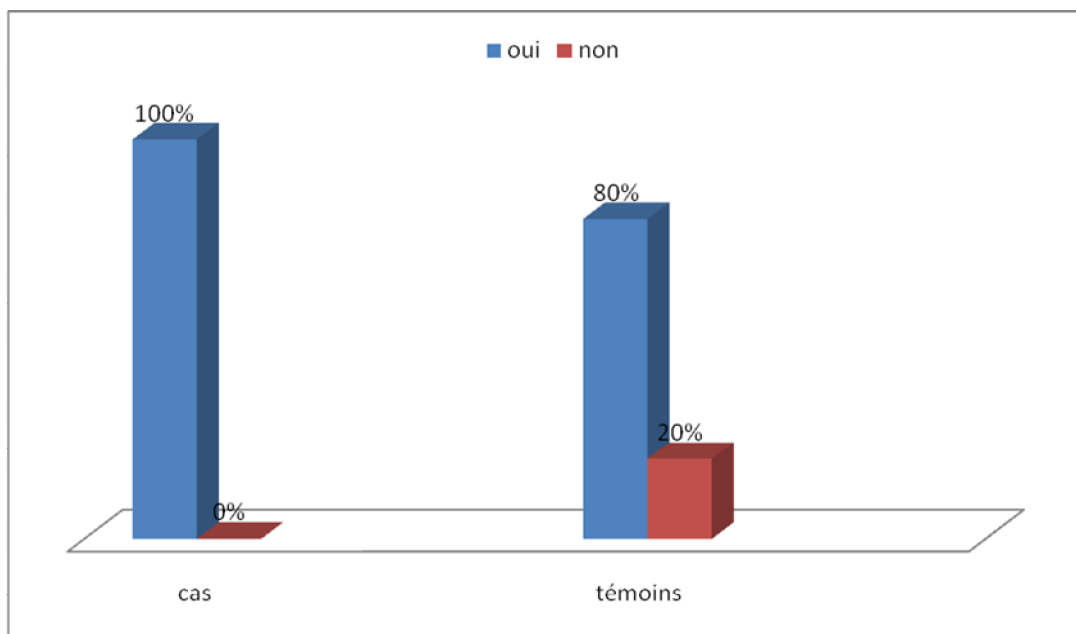
Diagrammes en battons comparatifs des pourcentages de sujets ayants des onychopathies dans le groupe des cas et témoin.

L'examen clinique unguéal était anormal chez 43,3% des cas malades versus 50%des témoins. La différence notée est statistiquement non significative.

▪ Intertrigo inter-orteils:

Tableau 14: tableau comparatif des données d'examen clinique des espaces inter-orteils chez le groupe des cas et témoin.

	Cas n=30	témoins n=60	p
Intertrigo inter-orteil	30(100%)	48(80%)	0,99



Diagrammes en battons comparatifs des pourcentages de sujets ayant des intertrigo-inter-orteils dans le groupe de cas et témoins

L'examen des espaces inter-orteils était anormal chez 100% des malades versus 80% des témoins. La différence notée est statistiquement non significative.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Discussion

L'âge:

L'âge moyen de nos patients était de (47,9±14,64 ans) ce qui appuie les résultats obtenus par l'enquête réalisée à Marrakech (47 ans) [10].

Tandis que dans les séries de littérature, nous recueillons des données sur des âges plus avancés allant de 52,1 ans à 66 ans [11, 12, 13, 14, 15, 16] ans, et d'autres plus jeunes 21,4[17];38[18] ans.

Tableau 15

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs, pays et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Moyenne d'âge de survenue d'érysipèle
Notre étude Maroc-Rabat	30	47,9±14,64 ans
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	47 ans
P.-H. Carpentier France-La Léchère (11)	66	66 ans
M. Chakroun Tunisie-Monastir (12)	1000	52,1 ans
O.Boudghene Stambouli Algérie-Tlemcen (14)	137	55 ans
A. Dupuy France (15)	129	56,9 ans
P. Pitché Togo-Lomé (16)	67	40 ans
E.Mahé France-Toulouse (17)	81	21,4 ans
M. Cisse Guinée-Conakry (18)	244	38 ans

* (ref biblio) la référence bibliographique

Le sexe:

Sur les 30 cas d'érysipèle étudiés, nous avons remarqué que les hommes étaient plus touchés par rapport aux femmes, avec un sexe ratio H/F de 3,28,. Le caractère militaire de notre établissement hospitalier explique en grande partie cette prédominance masculine, bien que les rangs de notre armée se soit ouvertes aux personnels féminins et que notre établissement hospitalier soit accessible aux patients civils. Les données de la littérature divergentes. Certains auteurs notent une prédominance masculine 53%[19];58%[10]; 61%[12];98%[17] , d'autre rapportent une prédominance féminine 58%[20];65% [14];66% [21];71%[16];77%[18];80%[11].

Tableau 16

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes:

Etudes: noms d'auteurs, pays et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Le sexe des patients atteints d'érysipèle
Notre étude Maroc-Rabat	30	76,7% M**
Camila Silveira Brazil-SaoPaulo (19)	378	53% M
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	58% M
M. Chakroun Tunisie-Monastir (12)	1000	61% M
E.Mahé France-Toulouse (17)	81	98% M
Z. Benzian Algérie-Oran (20)	17	58% F***
O.Boudghene Stambouli Algérie-Tlemcen (14)	137	65% F
A.S. Dhrif Tunisie-Jabbari (21)	77	66% F
P. Pitché Togo-Lomé (16)	60	71% F
M. Cisse Guinée-Conakry (18)	244	77% F
P.-H. Carpentier France-La Léchère (11)	66	80% F

*(ref biblio) la référence bibliographique

** prédominance du sexe masculin

*** prédominance du sexe féminin

Facteurs favorisants:

Selon la littérature, un certain nombre de facteurs peuvent favoriser l'apparition d'érysipèle de la jambe. Il peut s'agir de facteurs généraux tels que le surpoids, le diabète, le tabagisme ou l'éthylisme. Il peut s'agir également de facteurs favorisants locaux.

Facteurs favorisants généraux:

En analyse uni variée, le principal facteur de risque d'apparition d'un premier épisode d'érysipèle selon notre étude est le surpoids.

Nous avons remarqué une différence significative entre le groupe de cas qui avait un index de masse corporelle moyen de $(27,96 \pm 6,09 \text{ kg/m}^2)$ et le groupe témoin ayant un index moyen de $(24,59 \pm 3,57 \text{ kg/m}^2)$ en régression logistique (OR 1,17 ; intervalle de confiance à 95% [1,05-1,30]; $p 0,004$).

Cela rejoint les résultats de l'étude de Dupuy [15] rapportant que seul le surpoids est associé à la survenue d'érysipèle et écartant toute hypothèse le reliant au diabète , au tabagisme ou à l'alcoolisme.

Des études rétrospectives avaient aussi noté le surpoids comme facteur favorisant parmi d'autres, retrouvé chez 10% à 75,3% des cas [10, 20, 12, 16].

Tableau 17

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs, pays et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Le pourcentage des obèses
Notre étude Maroc-Rabat	30	63%
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	10%
Z. Benzian Algérie-Oran (20)	17	35,3%
M. Chakroun Tunisie-Monastir (12)	1000	75,3%
P. Pitché Togo-Lomé (16)	60	57%

* (ref biblio) la référence bibliographique

L'association entre ces comorbidités et la survenue d'érysipèle a été évoqué dans plusieurs études de la littérature.

Ainsi, le diabète est retrouvé dans 3% [10];25,5% [19];36,3% [12];17% [16]des observations.

Dans notre étude la différence entre le pourcentage des diabétiques ainsi que des autres facteurs généraux recherchés dans le groupe des cas et celui des témoins n'était pas significative.

Tableau 18

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs, pays et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Le pourcentage des sujets diabétiques
Notre étude Maroc-Rabat	30	13,3%
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	3%
Camila Silveira Brazil-SaoPaulo (19)	378	25,5%
M. Chakroun Tunisie-Monastir (12)	1000	36,3%
P. Pitché Togo-Lomé (16)	60	17%

* (ref biblio) la référence bibliographique

Facteurs locorégionaux:

Les terrains favorisant les plus souvent identifiés et qui ressortent de l'étude de plusieurs séries de littérature sont : l'existence d'une porte d'entrée, un terrain vasculaire d'insuffisance veineuse ou de lymphœdème, l'antécédent de fracture ou de chirurgie du membre inférieur.

Une porte d'entrée est fréquemment retrouvée dans 47,4% à 100% des observations [11,10,20, 19, 12, 14, 15, 17, 18].

Il s'agit d'effractions cutanées de natures diverses :

- Plaie traumatique dans 16%[17];30%[18];4%[10];43%[12],
- dermatose infectée dans 12%[15],
- intertrigo inter orteil dans 80%[14]; 40,7%[17]; 28%[18]; 36%[11]; 83%[10]; 60, 4%[12],
- ulcère de jambe dans 13%[11];1,6%[10],
- lésions bulleuses dans 25,5%[19],
- fissure du talon dans 26%[11],17%[12],
- ampoule infectée dans 43,2%[17]
- peau fragilisée par application de dermocorticoïdes 34%[18]

Dans notre étude, la comparaison des résultats d'examen clinique des cas et témoins recherchant une porte d'entrée, ne relève aucune différence significative entre les deux groupes.

A titre d'exemple, l'atteinte des espaces inter orteils a été objectivée chez 100% des patients du groupe cas et chez 80% des témoins.

Il serait possible que l'intertrigo inter orteil observé chez 80% des témoins n'ait pas été associé à une brèche cutanée permettant la pénétration du streptocoque ou que ce dernier ne se trouvait pas dans ces espaces inter orteils, sachant que des dermatophytes peuvent être mis en évidence dans 10% des cas sur des espaces inter orteils cliniquement normaux [22] et seulement dans 50% des cas sur des espaces pathologiques[23].

Tableau 19

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs, pays et et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Présence d'une porte d'entrée
Notre étude Maroc-Rabat	30	100%
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	80%
Z. Benzian Algérie-Oran (20)	17	82,3%
Camila Silveira Brazil-SaoPaulo (19)	378	47,4%
M. Chakroun Tunisie-Monastir (12)	1000	91,9%
O.Boudghene Stambouli Algérie-Tlemcen (14)	137	73,3%
A. Dupuy France (15)	129	86%
E.Mahé France-Toulouse (17)	81	100%
M. Cisse Guinée-Conakry (18)	244	82%
P.-H. Carpentier France-La Léchère(11)	66	57%

* (ref biblio) la référence bibliographique

L'insuffisance veineuse et le lymphœdème constituent le principal terrain favorisant retrouvé dans plusieurs études.

L'étude de Carpentier [11] confirme le rôle du terrain vasculaire préexistant, retrouvé dans 39% des cas, dans l'apparition de l'érysipèle des membres inférieurs, D'autres études confirment cette association. Ainsi, la présence de varices a été identifiée chez 1 à 50,8% des cas [10, 19, 12, 17] et selon Dupuy l'association notée est de faible intensité OR=2,9 IC95% [1,08-7].

Tableau 20

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs, pays et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Pourcentage de sujets ayant des varices des membres inférieurs
Notre étude Maroc-Rabat	30	13,3%
P.-H. Carpentier France-La Léchère (11)	66	39%
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	1%
Camila Silveira Brazil-SaoPaulo (19)	378	23,6%
M. Chakroun Tunisie-Monastir (12)	1000	50,8%
E.Mahé France-Toulouse (17)	81	1,2%

* (ref biblio) la référence bibliographique

Le lymphœdème est parmi les principaux facteurs de risque locaux d'érysipèle selon L.Vaillant[24] et Dupuy (OR:71,2; IC95%:5,6-908) Dans d'autres études, le lymphœdème était présent dans 1 à 30% des cas [11,10,18,16].

Le dysfonctionnement du système lymphatique serait à l'origine d'une rétention de protéines caractéristique de l'œdème de l'insuffisance lymphatique, Ces protéines joueraient un rôle nutritif pour les fibroblastes et induiraient par conséquent la formation d'une fibrose qui ralentirait elle-même la capacité du drainage [25] La lymphe non drainée constitue un excellent milieu de culture pour les germes aboutissant à une dermohypodermite [26].

Dans l'étude cas témoin de Dupuy [15]le risque associé à l'existence d'un œdème est patent (OR:59,1; IC95%:4,3-81,1) , Il est également incriminé dans l' étude de Pitche [16] ou il est retrouvé dans 50% des cas.

Dans notre étude, nous n'avons pas noté de lymphœdème et les troubles circulatoires veineux étaient objectivés chez 13,3% des malades comparés à20% dans le groupe des témoins .Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau 21

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs, pays et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Pourcentage des sujets ayant un lymphœdème des membres inférieurs
Notre étude Maroc-Rabat	30	Le lymphœdème n'a été noté chez aucun malade
P.-H. Carpentier France-La Léchère (11)	66	22%
S. Amal Maroc-Marrakech (10)	100	6%
P. Pitché Togo-Lomé (16)	60	30%
M. Cisse Guinée-Conakry (18)	244	1%

* (ref biblio) la référence bibliographique

Tableau 22

Données épidémiologiques comparatives entre les grandes études récentes

Etudes: noms d'auteurs et (ref biblio)*	Nombre d'observations	Pourcentage de sujets ayant des œdèmes des membres inférieurs
Notre étude Maroc-Rabat	30	6,7%
P. Pitché Togo-Lomé (16)	60	50%

* (ref biblio) la référence bibliographique

Un antécédent de fracture du membre inférieur était retrouvé chez 20% de nos patients dont 83% ont développé l'érysipèle du même côté que la fracture.

Les malades qui ont subi une intervention chirurgicale des membres inférieurs représentaient 13,3% des cas dont 75% étaient opérés du même coté que celui d'érysipèle et parmi lesquels 50% pour stripping de varices, et 25% pour fracture avec mise en place d'un matériel d'ostéosynthèse.

D'après les données de littérature le matériel d'ostéosynthèse joue un rôle favorisant dans la survenue d'érysipèle et ce par l'intermédiaire probablement d'une altération des canaux lymphatique induite par la chirurgie [21].

On suppose que par ce même mécanisme surviennent des érysipèles après saphénectomie [27] ou lymphadenectomie [28].plusieurs publications ont attiré l'attention sur la survenue d'érysipèle des membres inférieurs après ces deux interventions [28;29].



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Conclusion

L'érysipèle reste une infection cutanée fréquente à l'origine de nombreuses hospitalisations. Sa localisation aux membres inférieurs représente actuellement la forme clinique la plus observée (plus de 85% des cas). Son diagnostic est surtout clinique, l'érysipèle de jambe donne le tableau de dermohypodermite aigue non nécrosante.

Les examens complémentaires sont réalisés exceptionnellement, essentiellement en cas de doute diagnostique ou de forme grave.

La guérison est habituelle si le traitement est précoce, mais les récurrences sont fréquentes.

Néanmoins, en l'absence d'un traitement adéquat, l'érysipèle de jambe peut être source de complications graves, voire mortelles.

Un certain nombre de facteurs favorisants locaux et généraux seraient incriminés dans sa survenue.

La connaissance et le contrôle de ces facteurs permettrait de développer des stratégies préventives.

A travers une revue de littérature, nous avons trouvé que de nombreux travaux (rétrospectifs, prospectifs et étude cas témoins) ont étudié le sujet et chacun a incriminé un ensemble de facteurs. Il était donc judicieux de réaliser une étude épidémiologique pour déterminer les facteurs de risque dans notre contexte et de comparer nos résultats avec ceux de la littérature.

Pour cela, nous avons réalisé une étude cas témoin prospective et comparative dans le service de dermatologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V au cours de laquelle nous avons comparé les caractéristiques d'un groupe de malades atteints d'un premier épisode d'érysipèle de jambe à celles de témoins indemnes. Suite à une analyse statistique, le surpoids était le seul facteur de risque d'apparition d'érysipèle de jambe (OR= 1,17 ; intervalle de confiance à 95% [1,05-1,30]; p 0,004). Concernant les autres facteurs évalués la différence était statistiquement non significative.

Alors que dans la seule étude cas témoin publiée de Dupuy, le surpoids OR=2 IC [1,13-7], le lymphœdème OR=71,2 IC [5,6-908], l'insuffisance veineuse OR=2,9 IC [1,08-7], l'œdème des membres inférieurs OR=2,5 IC [1,25-1] et l'existence d'une porte d'entrée OR=23,8 IC [10,7-52,5] étaient les principaux facteurs favorisants.




*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ainsi, il se trouve que notre travail ne peut appuyer que l'élément surpoids parmi les facteurs suspects.

Si la connaissance des facteurs de risque a progressé, les résultats demandent à être confirmés par d'autres travaux pouvant établir des liens de causalité (relation surpoids-apparition d'érysipèle de jambe....) ainsi sauront confirmer ou infirmer notre résultat.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Bibliographie

- 1/ Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et Société Française de Dermatologie : **Conférence de consensus Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge** Méd. Mal. Infect. 2000 Volume 30, Supplement 4, Pages 245s-246s
- 2/ Crickx B, Chevron F, Sigal-nahum B, Bilet S, Faucher F, Picard C, et al. **Érysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**. Annales de Dermatologie et de Vénérologie 1991 118:11-6.
- 3/ Association Mieux prescrire **Reconnaître et prendre en charge l'érysipèle de jambe: Deuxième partie La pénicilline avant tout**. La Revue Prescrire A., 2007 vol. 27, n° 288, pp. 763-767
- 4/ Dupuy A. **Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle**. Annales de dermatologie et de vénéréologie A., 2001 vol. 128, n° 3, pp. 312-316
- 5/ P. Pitché, K. Tchangai-Walla **Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo)**. Bull Soc Pathol Exot; 1997;90:189-91
- 6/ Dupuy A. **Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle**. Médecine et maladies infectieuses., 2000 vol. 30, n° 4, pp. 291-295
- 7/ Guillet Gerard ; Karam Allan **Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques**. La Revue du praticien (Paris) A. 2002 vol. 52, n° 11, pp. 1245-1253
- 8/ Meyer Michel Samama, M.D., Alexander Thomas Cohen, M.D. **A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely in medical patients**. New England Journal of Medicine September, 1999 Volume 341:793-800
- 9/ J.C.Roujeau : **les outils de l'épidémiologie en dermatologie**. Annales de Dermatologie et de Vénérologie 2000, vol 127 :261-5
- 10/S. Amal, S. Houass, K. Laissaoui, K. Moufid, M. Trabelsi **Érysipèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech (100 observations)**. Médecine et maladies infectieuses 2004 [Vol. 34 - N° 4 - p. 171-176]
- 11/P.-H. Carpentier, M. Colomb, D. Poensin, B. Satger **Incidence de l'érysipèle des membres inférieurs en milieu thermal phlébologique**. Journal des Maladies Vasculaires 2001 [Vol. 26 - N° 2 - p. 97]
- 12/ M. Chakroun*, F. Ben Romdhane*, S. BenMahmoud*, C. Loussaief*, M. Letaief**, N. Bouzouaia*. **Données Epidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques de L'Érysipèle des membres inférieurs en Tunisie**. Rev Tun Infectiol, 2007 Vol 1, Supplément N°1, 1 ó 110 Avril

- 13/P. Bernard, D. Christmann, M. Morel **Prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier.** Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2005 [Vol. 132 - N° 3 - p. 213-217]
- 14/O Boudghene Stambouli, B Dahmani, A Belbachir **Érysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (137 cas) : expérience du service de dermatologie du CHU de Tlemcen (Algérie)** Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2007 [Vol. 134 - N° SUP1 p. 77]
- 15/A. Dupuy **Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle.** Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2001 [Vol. 128 - N° 3 - p. 312]
- 16/ P. Pitché , K. Tchangai-Walla **Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo).** Bull Soc Pathol Exot; 1997 90:189691
- 17/ E.Mahé,P.Toussaint,D.Lamarque.S.Boutchnei,Y.Guiguen **Erysipèles dans la population jeune d'un hôpital militaire** Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 1999 [Vol. 126 - N° 8-9 - p. 593]
- 18/ M. Cisse, M. Keita, A. Toure, A. Camara, L. Machet, G. Loretta **Dermohypodermite bactériennes : étude monocentrique rétrospective de 244 cas observés en Guinée** Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2007 [Vol. 134 - N° 10 - p. 748-751]
- 19/ Camila Silveira **Clinical-epidemiologic profile of patients hospitalized for erysipelas in a Brazilian tertiary care hospital** Journal of the American Academy of Dermatology March 2009 Volume 60, Issue 3, Supplement 1, Page AB109
- 20/ Z. Benzian, N. Benabadji, M.A. Amani, S. Merad, M. Belghani, F. Baghdad, N. Rouabhi, F.Z. Guemri, F. Mohammedi, K. Faraoun, T. Benkhalifa **Les érysipèles des membres inférieurs chez le diabétique au centre d'endocrinologie diabétologie du CHU d'Oran** Diabetes & Metabolism 2009 [Vol. 35 - N° S1 - p. A78]
- 21/ A.S. Dhrif, D. El Euch, N. Ben Tekaya, M. Mokni, F. Cherif, M.I. Azaiz, A.B.O. Dhahri **Érysipèle après prothèses ostéoarticulaires** Médecine et maladies infectieuses 2005 [Vol. 35 - N° 9 - p. 463-465]
- 22/ Kates S, Nordstrom K, Mc Ginley K, Leyden J **Microbial ecology of interdigital infections of toe web spaces.** Journal of the American Academy of Dermatology 1990 22:578-82
- 23/ Rogers D, Kil Kenny M, Marks R. **The descriptive epidemiology of tinea pedis in the community .** Australas J Dermatol ; 1996 37 : 178-84
- 24/ L. Vaillant **Complications infectieuses des lymphœdèmes : diagnostic et traitement.** Journal des Maladies Vasculaires 2005 [Vol. 30 - N° 4-C2 - p. 21]



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

25/Thomas V, Bourgault Villada I, Julien D , Wolkenstein P,Revuz J **Eysipèle après prothèse articulaire: signe d'alarme d'infection de la prothèse** Annales de Dermatologie et de Vénérologie1995 122 (supp): 68-9

26/Herpertz U,**Erysipelas and Lymphedema.**Fortschr Med; 1998116(12):36-40.

27/ Dan M,Keller K, Shapira I,Vidne D,Shibolet S **Incidence of erysipelas following venectomy for coronary artery bypass surgery** Infection mars 1987Volume 15, Number 2 /

28/ Sotto A,Bessis D,Guillot B, Guilhou JJ **Erysipèle récidivant survenant en zone irradiée** La Semaine des hôpitaux de Paris 1993vol. 69, no5, pp. 129-130 (6 ref.)

29/ Larry M. Baddour, M.D.; Alan L. Bisno, M.D. **Recurrent Cellulitis After Saphenous Venectomy for Coronary Bypass Surgery.** Annal of internal Medicinevol. 1982 97 no. 4 493-496



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Résumés

RESUME

Titre : Recherche de facteurs de risque d'un premier épisode d'érysipèle de jambe.

Auteur : Kawtar ZAOU

Mots clés : érysipèle, facteur de risque, érysipèle de jambe.

Nature de l'étude : Etude cas-témoin prospective et comparative.

Objectif de l'étude : Détermination des facteurs de risque d'érysipèle de jambe afin d'évaluer les stratégies de prévention primaire.

Matériel et méthodes : L'enquête a été menée sur 12 mois du (1/1/2009) au (31/12/2009). Elle a porté sur deux groupes de patients (des malades admis au service de dermatologie de l'hôpital militaire Mohammed V pour prise en charge d'un premier épisode d'érysipèle de jambe et des témoins hospitalisés pendant la même période dans d'autres services pour pathologies indépendantes).

Après avoir étudié les caractéristiques des deux groupes, nous les avons analysé et comparé statistiquement à l'aide du logiciel SPSS 17.0.

Résultats : Nous avons comparé les caractéristiques de 30 cas malades (dont 23 hommes et 7 femmes) à celles de 60 témoins. Le seul facteur qui a été retrouvé de manière significativement plus fréquente chez le groupe de malades était le surpoids (OR 1,17 ; intervalle de confiance à 95% [1,05-1,30]; p 0,004).

Commentaires : Dans la seule étude cas-témoins publiée (celle de Dupuy), le surpoids était aussi le seul facteur de risque général retrouvé mais associé à d'autres facteurs locaux et régionaux non identifiés par notre étude. Ces facteurs sont: le lymphoedème, l'existence d'une porte d'entrée; et une association de moindre intensité était observée pour l'insuffisance veineuse et les œdèmes des membres inférieurs. Il n'existe malheureusement aucune étude qui pourrait faire état de l'intérêt et de l'efficacité d'une éventuelle mesure préventive primaire visant le surpoids et ainsi confirmera ou infirmera notre résultat. Nous attendrons que des travaux s'y intéressent.

ABSTRACT

Title: search for risk factors about a first episode of erysipelas of the leg.

Keywords: erysipelas, risk factor, erysipelas of the leg.

Author : Kawtar ZAOUI

Type of study: prospective and comparative case-control study.

Study 's objective: Determination of the risk factors of erysipelas of the leg to evaluate primary prevention strategies.

Materials and methods: The survey was conducted over 12 months (1/1/2009) to (31/12/2009). It focused on two groups of patients (patients admitted to the dermatology department at the Military Hospital Mohammed V to support a first episode of erysipelas of leg and witnesses hospitalized during the same period in other services for independent pathologies). After studying the characteristics of both groups, we have analyzed and compared them statistically using the SPSS 17.0.

Results: We compared the characteristics of 30 cases patients (23 men and 7 women) with those of 60 witnesses. The only factor that was found significantly more frequent in the group of patients was overweight (OR 1.17, A95% confidence interval [1.05 to 1.30], p 0.004).

Comments: In the only published case-control study (of Dupuy), overweight was also the only general risk factor found, but associated to other local and regional factors not identified by our study. These factors are: lymphœdema, the existence of a gateway, and a combination of lower intensity was observed with venous insufficiency and oedema of lower limbs. Unfortunately there is no study that could express the interest and effectiveness of a potential primary preventive measure for overweight and thus confirm or invalidate our result. We will wait until that works will be interested.

ملخص

العنوان: البحث عن عوامل خطر الإصابة للمرة الأولى بحمرة الساق

الكاتب: كوثر الزاوي

الكلمات الرئيسية: الحمرة، عوامل الخطر، حمرة الساق

نوع الدراسة: دراسة الحالات و الشواهد استطلاعية و مقارنة

هدف الدراسة: تحديد عوامل الخطر المسؤولة عن ظهور حمرة الساق و ذلك لتقييم استراتيجيات الوقاية الأولية.

المواد و الأساليب: دامت الدراسة 12 شهرا من (2009/1/1) إلى غاية (2009/12/31) و ركزت على مجموعتين (المرضى الذين تم إدخالهم إلى قسم الأمراض الجلدية بالمستشفى العسكري محمد الخامس لدعم اصابتهم للمرة الأولى بحمرة الساق ، و الشواهد أدخلوا للمستشفى في نفس المدة الى اقسام مختلفة لعلاج امراض مستقلة.

بعد دراسة خاصيات المجموعتين تم تحليلها و مقارنتها احصائيا باستعمال برنامج SPSS 17.0.

النتائج: قارنا 30 حالة مرضية (منها 23 رجال و 7 نساء) ب 60 حالة شواهد .

العامل الوحيد الذي عثر عليه اكثر تواترا لدى المجموعة المصابة هو زيادة الوزن $p < 0,004$; IC à 95% [1,05-1,30]; OR 1,17

التعليقات: في دراسة الحالات الشواهد الوحيدة المنشورة (Dupuy) زيادة الوزن كان ايضا عامل الخطر العام الوحيد الذي تم تحديده ، و لكن مرتبط بعوامل اخرى محلية و اقليمية لم تحددتها دراستنا.

و هذه العوامل هي : الذمة اللمفاوية ، تواجد مدخل عبور ، و ارتباط ضعيف لوحظ مع القصور الوريدي و ذمة الأطراف السفلية.

للأسف ليس هناك دراسة تعبر عن أهمية و فعالية تدبير وقائي يخص زيادة الوزن التي يمكنها تأكيد أو نفي نتائجنا .

نحن في انتظار ان تبدي بعض الأبحاث إهتمامها بالموضوع

Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne

قسم ابقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بأزاع هان طميري وشارفي إاعلا طحة مريضتي هادفي الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم بأواجبي نحو ومرضاي دون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أبذل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم: 121

سنة : 2010

البحث عن عوامل خطر
الإصابة للمرة الأولى بحمرة الساق
(دراسة حالة شواهد استطلاعية)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيدة : كوثر الزاوي
المزادة في 6 نومبر 1984 بالعيون

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية – الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: : الحمرة - عوامل الخطر - حمرة الساق.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد أوالين

أستاذ في الطب الاجتماعي والوقائي

مشرف

السيد: عمر سدراتي

أستاذ في الأمراض الجلدية

السيد: مصطفى الوناس

أستاذ مبرز في علم الأحياء الدقيقة

السيد: هشام أزندور

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

أعضاء

}