

## **ERYSIPELE : EPIDEMIOLOGIE ET EVOLUTION AU SERVICE DE DERMATOLOGIE D'ABIDJAN**

*ERYSIPELAS: EPIDEMIOLOGY AND EVOLUTION IN ABIDJAN*

**KALOGA M, VAGAMON B, DIABATÉ A, AKA BR.,**

**Correspondance** : Kaloga Mamadou, Service de Dermatologie, CHU Treichville  
14BP1960 Abidjan14

---

### **RESUME**

**Objectif:** Evaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et la nature des complications de l'érysipèle au centre de Dermatologie d'Abidjan.

**Matériels et méthodes:** C'est une étude rétrospective sur 10 ans portant sur les dossiers des patients vus en dermatologie.

**Résultats:** 351 cas d'érysipèle ont été recensés sur cette période soit 1,4% de l'ensemble des consultations. Le sex-ratio était de 1,3% (H/F). L'âge moyen était de 37 ans avec une prédominance entre 30-44 ans. 36,9% des cas avaient un bas niveau socio économique. Les intertrigos et les pratiques dépigmentantes ont constitué la principale porte d'entrée retrouvée avec 78 cas et 34 cas. La jambe était la localisation la plus fréquente avec 96,2%. Le syndrome infectieux inaugural, le placard rouge chaud douloureux, l'adénopathie satellite sensible et la conservation de l'état général se retrouvaient chez la quasi-totalité des patients. La guérison a été obtenue dans 100% des cas après un traitement à la pénicilline ou ses dérivés. Les complications sans traitement étaient dominées par la fasciite avec 73 cas. Les complications tardives après traitement portaient surtout sur les récidives avec 61 cas.

**Conclusion:** Dans cette étude au Centre de Dermatologie du CHU de Treichville d'Abidjan, la fréquence de l'érysipèle est faible mais les complications sont fréquentes et graves. La pénicilline et ses dérivés sont toujours efficaces.

**Mots-clés:** Erysipèle, Traitement, Complications

### **SUMMARY**

**Objective:** To assess epidemiological, clinical features and the nature of erysipelas complications at the Dermatology unit of Treichville teaching hospital in Abidjan.

**Materials and methods:** It is a retrospective study over 10 years of patients' files consulting in dermatology.

**Results:** 351 erysipelas cases were reported during that time representing 1.4% of all consultations. Female to male ratio was 1.3%. Average age was 37 with the age bracket 30-44 standing out. 36.9% of the cases have a poor socio-economic standard. The limb was the most frequent part concerned in 92.2%. The inaugural infectious syndrome, the red, warm and painful plaque, sensitive satellite adenopathy and conservancy of the general status were observed with almost all the patients. Immediate complications were dominated by fasciitis in 78% of cases. Late complications were represented by recurrences in 83% of cases.

**Conclusion:** Erysipelas is not frequent but their complications are frequent and serious in the Dermatology unit of Abidjan.

**Key words:** Erysipelas, Treatment, Complications

## INTRODUCTION

L'érysipèle ou Feu de Saint-Antoine est une dermo-épidermite aiguë, non nécrosante, localisée et oedémateuse due principalement au streptocoque  $\beta$  hémolytique du groupe A qui reste toujours sensible à la pénicilline G<sup>3</sup>. C'est une urgence dermatologique. Si le diagnostic clinique est facile, les complications constituent un volet important du suivi et font toute la gravité de la maladie et sont inégalement distribuées à travers le monde. Les complications des érysipèles ont une fréquence variable. Rares dans certaines séries Françaises<sup>6</sup>, elles surviennent dans 25% des cas en Pologne et y sont associées à des tares dans 69,4% des cas<sup>14</sup>. En Afrique et singulièrement en Côte d'Ivoire, la littérature est peu fournie sur les érysipèles. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer la fréquence des complications et d'en décrire les différents types cliniques dans le service de Dermatologie du CHUT d'Abidjan.

## PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'ensemble des dossiers de malades vus en consultation de dermatologie et hospitalisés pour érysipèle au centre de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Treichville-Abidjan sur une période de onze ans. Le diagnostic d'érysipèle a été évoqué et retenu sur des arguments cliniques. A partir d'une fiche d'enquête pré-établie, les données épidémiologiques, cliniques et évolutives ont été recensées.

## RESULTATS

351 cas d'érysipèle ont été recensés sur 24 896 dossiers de 1992 à 2002 soit une fréquence de 1,4%. Il y avait 201 hommes (57,4%) et 149 femmes (42,6%) soit un sex ratio de 1,3. L'âge moyen était de 37 ans avec 60,6 % des cas entre 30 à 44 ans. Dans 36,9% ds cas, il a été mentionné que les patients n'avaient pas de revenu régulier. La porte d'entrée a été retrouvée dans 252 cas soit 72%. Il s'agissait d'intertrigo inter orteils avec 78 cas ; d'ulcères de jambes avec 66 cas ; de dermatoses chroniques ou surinfectées avec 34 cas ; de plaies traumatiques avec 34 cas ; de péronyxis avec 24 ; d'onyxis avec 13 cas ; d'angines avec 2 cas et 1 cas d'infection sous orbitaire.

L'érysipèle était localisée aux jambes dans 326 cas soit 93,1% (Tableau I).

**Tableau I :** Répartition de l'érysipèle selon la localisation

Localisation	n	%
Jambes	326	93,1
Pieds	11	3,1
Membres supérieurs	4	1,1
Visage	3	0,9
Cuisses	3	0,9
Organes génitaux externes	2	0,6
Fesses	1	0,3
Total	350	100

L'érysipèle de jambes est le plus fréquent avec 93,1% des cas.

Quelque soit la localisation, l'expression clinique était dominée par un syndrome infectieux brutal inaugural (347 cas soit 99,1%), un placard rouge chaud douloureux avec oedème (348 cas soit 99,4%), des adénopathies satellites sensibles chez tous les patients et une conservation de l'état général dans 345 cas soit 98,6% (tableau II).

**Tableau II :** Répartition des signes cliniques de l'érysipèle quelque soit la localisation

Signes cliniques	n	%
Syndrome infectieux brutal inaugural	347	99,1
Placard rouge chaud douloureux avec oedème	348	99,4
Adénopathies satellites sensibles	350	100
Conservation de l'état général	345	98,6
Bourrelet	3	0,8
Vésicules- Bulles	7	1,9
Purpura	2	0,6

Les symptômes prédominants étaient : le syndrome infectieux brutal (99,1%), le placard rouge chaud douloureux (99,4%), des adénopathies satellites sensibles (100%) et une conservation de l'état général (98,6%).

Les patients ont été traités avec la pénicilline ou ses dérivés dans tous les cas et l'évolution immédiate a été favorable dans 100% des cas. Les complications survenues sans traitement à court terme ont été : 73 cas (20,8%) dont 69 cas de fasciite nécrosante

soit 19,7% ; 2 cas de décompensation de tares soit 0,6% et 2 cas de septicémie soit 0,6%. A long terme après traitement, 61 complications (17,4%) ont été constatées dont 51 cas de récurrences (14,6%) et 10 cas d'éléphantiasis (2,8%).

## COMMENTAIRES

L'érysipèle est une infection cutanée ubiquitaire de fréquence variable dans les pays développés ou la principale complication est la récurrence<sup>2,9</sup>. Il touche préférentiellement les sujets âgés en Europe et aux USA pendant qu'en Afrique, ce sont les adultes jeunes qui sont les plus concernés<sup>7,10</sup>.

Dans notre étude, la fréquence de l'érysipèle a été de 35 cas par an en moyenne. Ces chiffres sont proches de ceux de plusieurs auteurs. En effet, dans leur série publiée en 2007, Wojas-Pelc A et al ont noté une fréquence de 31 cas par an sur 10 ans<sup>14</sup>. En Afrique notamment en 2006 au Congo Brazzaville, Gathse<sup>7</sup> A et al ont colligé 53 cas sur 11 mois chez des adultes jeunes pratiquant la dépigmentation par les dermocorticoïdes<sup>7</sup>. Il s'agit donc d'une affection de moyenne fréquence. Dans plus de deux tiers des cas, l'âge moyen était entre 30 et 44 ans. En Afrique, l'érysipèle a souvent été plus fréquente chez les jeunes<sup>7,10,12</sup> pendant qu'en Europe, elle prédomine chez les sujets de plus de 60 ans<sup>13</sup>. Cette différence entre l'Europe et l'Afrique concernant l'âge de survenue de l'érysipèle peut en partie être due à : l'espérance de vie élevée en Europe<sup>11</sup> avec à l'inverse une mortalité infantile et des conditions d'hygiène de vie en dessous des normes internationales dans la plus part des pays au Sud du Sahara<sup>5,8</sup>. La prédominance masculine a été observée dans notre étude avec un sex ratio de 1,3. Ceci a été retrouvé par Zarea et coll. en Tunisie<sup>15</sup> et Amal et coll. au Maroc<sup>1</sup> en 2004 avec respectivement 1,55 et 1,38. Les intertrigos interorteils ont toujours été comme dans cette étude des facteurs favorisants prédominants<sup>2,9</sup>. Ce résultat souligne encore l'importance du traitement des intertrigos pour éviter l'érysipèle et ses conséquences parfois invalidantes<sup>9</sup>. La localisation prépondérante aux jambes, les tableaux cliniques et l'évolution habituellement favorable sous pénicilline et dérivés sont des faits suffisamment déjà documentés<sup>1,4</sup>. Les complications les plus fréquentes avant traitement dans cette étude étaient la fasciite nécrosante alors qu'en Europe ou dans les pays à climat tempéré, ce sont surtout les complications à long terme après traitement comme les récurrences qui font toute la gravité de l'érysipèle<sup>2,9</sup>. Les facteurs favorisants

les complications sont quelque peu différents en Europe et en Afrique. En effet, en Europe, il s'agit surtout des sujets de plus de 60 ans, obèses, diabétiques et ou insuffisants veineux chroniques<sup>2,9</sup> tandis qu'en Afrique, ce sont les mauvaises conditions d'hygiène, l'utilisation systématique non justifiée d'anti-inflammatoire non stéroïdien devant une grosse jambe chaude, douloureuse et les pratiques dépigmentantes utilisant les dermocorticoïdes<sup>4,7</sup>.

## CONCLUSION

Les érysipèles ont une moyenne fréquence à Abidjan. Les patients sont jeunes. Les principales complications sans traitement sont les fasciites nécrosantes. Après traitement l'évolution est fréquemment marquée par les récurrences et les éléphantiasis. La pénicilline et ses dérivés sont toujours efficaces.

## REFERENCES

- 1-Amal S, Houass S, Laissaoui K, Moufid K, Trabelsi M. Erysipèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech (100 observations) Med. mal. infect. 2004 ; 34(4) : 171-6.
- 2-Bartholomeeusen S, Vandenbroucke J, Truyers C, Buntinx F. Epidemiology and comorbidity of erysipelas in primary care. Dermatology. 2007;215(2):118-22.
- 3-Brennecke S, Hartmann M, Schöfer H, Rasokat H, Tschachler E, Brockmeyer NHTreatment of erysipelas in Germany and Austria--results of a survey in German and Austrian dermatological clinics J Dtsch Dermatol Ges. 2005 Apr;3(4):263-70.
- 4-Crickx B. Erysipèle : évolution médicale sous traitement. Complications. Ann. dermatol. vénéréol. 2001 ; 128(3) : 358-62.
- 5-Dhidah L, Marzouki M, Zouari F, Ben Ameer L, Hadj Fredj A, Ghannen H et al. La mortalité infantile dans une zone sémi-urbaine du sahel tunisien : enquête prospective réalisée en 1991 :92 à Kalaa Kebira (Sousse-Tunisie). Ann. Pédiatr. (Paris). 1997 ; 44(2) : 142-8.
- 6-Gabillot-Carré M, Roujeau JC. Acute bacterial skin infections and cellulitis. Curr Opin Infect Dis. 2007 Apr;20(2):118-23.
- 7-Gathse A, Obengui, Ntsiba H. Retrospective study of 53 erysipelas cases in Brazzaville University Hospital, Congo Bull Soc Pathol Exot. 2006; 99 (1):3-4.
- 8-Kodio B, etard J-F. Evolution récente de la mortalité infantile à Bamako-Mali. Population. 1997 ; 52(2) : 381-98.
- 9-Leclerc S, Teixeira A, Mahé E, Descamps V, Crickx B, Chosidow O. Recurrent erysipelas: 47 cases. Dermatology. 2007;214 (1):52-7.
- 10- Mahé E, Toussaint P, Lamarque D, Boutchnei S, Guiguen Y. Erysipelas in the young population of a military hospital Ann Dermatol Venereol. 1999 Aug-Sep;126(8-9):593-9.

- 11- Mesle F. Espérance de vie et mortalité aux ages élevés. *Retraite Soc. (Paris)*. 2005 ; 45 : 89-113.
- 12- Pitche P, Tchangai-Walla K. Les érysipèles de jambes en milieu hospitalier à Lomé (Togo). *Bull. Soc. Path. Ex.* 1997;90(3):189-91.
- 13- Schmit JL. Enquete prospective. Erysipèle et cellulites nécrosantes :Quelle prise en charge en milieu hospitalier ?*Ann. dermatol.vénérool.* 2001 ; 28(3) : 334-7.
- 14-Wojas-Pelc A, Alekseenko A, Jaworek AK. Erysipelas--course of disease, recurrence, complications; a 10 years retrospective study *Przegl Epidemiol.* 2007;61(3):457-64.
- 15- Zaraa I,Zeglaoui F, Zouari B, Ezzine N, Fazaa B, Kamoun MR. Erysipèle. Etude retrospective à propos de 647 patients.*Tunis. méd.* 20004 ; 82(11) : 990-5.