

# **Erysipèle : faut il mettre une bithérapie ?**

**Dr F.BASTIDES**

# Question à la salle

- Qui traite un érysipèle avec 2 antibiotiques ?

# Réponse

- **Personne !!**

# Pourquoi cette question ?

- Erysipèles traités par :
  - Amoxicilline – acide clavulanique
  - Amoxicilline + clindamycine

# Indications d'une l'association antibiotique

- **Elargissement du spectre**
- **Synergie**
- **Prévention de la survenue de mutation de résistance**
  
- **Echec clinique ?**

# Grands principes et mésusage

## Stratégie antibiotique-1

- **La stratégie antibiotique dépend du risque d'échec que vous êtes prêt à tolérer:**
  - Je ne tolère aucun échec: prise de risque, DMS
  - Le malade ne peut tolérer aucun échec
  - Corrélation au concept de réévaluation clinique
  - Corrélation au concept de désescalade thérapeutique
  - Spectre large: spectre étroit

# Grands principes et mésusage

## Stratégie antibiotique-1

- Un bon diagnostic clinique est le meilleur garant d'un bon usage antibiotique:
  - pas de palliatif

# **RMO 1996**

## **pour rire**

- **« Il est préférable de donner un anxiolytique au médecin plutôt qu'un antibiotique au malade »**

# Diagnostic de l'érysipèle y a-t-il un problème ?

- Bithérapie pour doute diagnostique clinique : **NON**
- Grosse jambe rouge aigue
  - Dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante
  - Dermo- hypodermite bactérienne nécrosante
  - Nombreux autres diagnostics différentiels:
    - Thrombophlébite de jambe
    - Dermo-épidermite de jambe
    - Eczema
    - Lymphoedème chronique
    - Érythème noueux

# Asseoir le diagnostic clinique:

## La démarche de l'érysipèle de jambe (80%)

- **Début brutal : frisson + fièvre 38°5-39°**
  - Sans éruption
- **Eruption 12 à 24h plus tard : placard inflammatoire douloureux**
  - Décollement bulleux possible
  - Purpura localisé
- **Adénopathie inguinale sensible**
  - Trainée lymphangitique ou érysipèle « bipolaire »







# Arguments supplémentaires cliniques et anamnestiques

- Insuffisance veineuse ou veino-lymphatique
- Ulcération intertrigo
  - Porte d'entrée souvent mineure ++++
  - à distinguer des infections post-opératoires
- Obésité, diabète
- « Jambe pathologique »++++
  - latéralisation



# Imputabilité microbienne probabiliste

- Documentation ( hémoculture ) : 5-20%
  - Prélèvement local ?
- **Streptocoque bêta –hémolytique du groupe A**
  - *S.pyogenes*: 50% = *microbe du malade*
    - Bactérie strictement humaine
  - 40% autres streptocoques bêta-hémolytiques
    - *Streptococcus agalactiae*
    - Streptocoque du groupe C
    - Streptocoque G
  - *Staphylococcus* et BGN : 10 % au maximum
    - Terrains débilisés
    - Aspect local

# *Streptococcus pyogenes*

- Le microbe de l'angine, de l'impétigo
  - Pas de résistance naturelle....
    - Bas niveau de résistance aux aminoglycosides
    - Mais pas de HNR aux aminoglycosides
  - Pas de résistance acquise
    - Aux pénicillines y compris la pénicilline G
  - Résistance acquise variable : exposition, autour de 5%
    - Macrolides , lincosanides
    - Tétracyclines

# **Le doute sur les résistances comme explication à la bithérapie**

- **Resistance naturelle ou acquise : Non**

# Situations où l'imputabilité microbienne est différente

- **Sujet débilité : fréquent**
  - Diabétique
  - Alcoolique
  - Immunodéprimés
- **Forme avec nécrose : ce n'est plus un érysipèle**
- **Formes atypiques : pas la démarche caractéristique**
- **Prévalence accrue du staphylocoque ou des BGN**

# Le doute sur l'imputabilité bactériologique

- **Comme explication à la bithérapie : AAC**
  - Aspect atypique
    - Facile à déterminer suivant les critères donnés
  - Terrain fragile: examen / interrogatoire
  - Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante
    - « Infection compliquée de la peau et des tissus mous »
      - Tableau sévère
      - Pronostic plus sombre
      - imputabilité microbienne plus large



# L'échec clinique

- **Comme explication à la bithérapie**
  - Retard thérapeutique
  - Intensité de l'atteinte initiale
  - Capacité à respecter le repos
  - Prise antérieure d' AINS
  
  - Bien connaître l'histoire naturelle de l'érysipèle traité correctement
    - Moyenne / écart-type
  - Le risque d'échec est faible

# Histoire naturel de l'érysipèle correctement traité

- Dépend du repos
- Dépend de la stase veineuse
- Dépend de l'intensité des lésions locales
- Dépend de l'emploi d' AINS
  - Strictement contre –indiqués
- Dépend du retard thérapeutique

# **Mesures associées**

## **plus importantes que le traitement antibiotique**

- **Repos**
- **Jambes surélevées**
- **Contention douce**
- **Prévention antitétanique**
- **Prévention thrombose**

# La synergie bactériologique

- **Comme explication à la bithérapie : NON**
  - AAC
    - Effet antitoxique de la clindamycine
      - Non démontré
      - Jamais recommandé dans cette indication
- **Inférence : Indication théorique discutable comme anti-leucocidine de Panton et Valentine dans les infections à staphylocoques PVL+**

# Le doute diagnostique

- **Comme explication à la bithérapie**
  - Possible au lit du malade
  - L'infectiologue n'escalade pas , il désescalade
- **Ce doute diagnostique ne résiste généralement pas à:**
  - un bon interrogatoire
  - un bon examen clinique
  - une bonne évaluation du terrain

# Par définition

- **L'érysipèle est récidivant :**
  - **Microbe naturellement présent sur la peau : commensal**
  - **Facteurs favorisants persistants**
    - **Prise en charge si possible**
  - **Intérêt d'un aspect éducatif**
    - **Eviter la prescription systématique d'une antibiotique**
  - **La prévention des récurrences comme explication à la bithérapie : non**

# Erysipèle classique

## traitement antibiotique de référence

- **Pas de bithérapie**
  - Pénicilline G : possible
  - Amoxicilline : 50 mg / kg / jour
    - Si pas d'allergie
    - D'abord IV puis relais orale à J3-J4
  - Si allergie : macrolide ou apparenté
    - Spiramycine , clindamycine ..
  - Durée du traitement : porte d'entrée

# Erysipèle: forme compliquée

- **Evolution prolongée**
- **Nécrose secondaire : extension en profondeur**
- **Arthrite septique secondaire localisée**

# Conclusion-1

- **Si érysipèle classique**
  - Les bulles
  - Les éléments purpuriques
  - La bactériémie
  
- Ne sont pas une indication à mettre une bithérapie

# Conclusion-2

- **Érysipèle : pas de bithérapie**
  - Pilly 2015
  - E Popi
  - AntibioGARDE
  - Mandell Douglas Bennett
  - Reese Bennett
  - Conférence de consensus