

Item 204 : Grosse jambe rouge aiguë

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

I	Diagnostic positif.....	4
II	Diagnostic étiologique.....	4
	II.1 Éléments du diagnostic.....	4
	II.1.1 Interrogatoire.....	4
	II.1.2 Examen clinique	5
	II.1.2.1 Examen clinique locorégional.....	5
	II.1.2.2 Examen clinique général.....	5
	II.2 Tableaux typiques.....	6
	II.2.1 Érysipèle (item 87).....	6
	II.2.2 Dermo-hypodermes nécrosantes.....	8
	II.3 Tableaux moins typiques.....	9
	II.3.1 Érysipèle atypique.....	9
	II.3.2 Pied diabétique.....	9
	II.3.3 Dermo-hypodermes infectieuses des immunodéprimés.....	9
	II.3.4 Autres dermo-hypodermes bactériennes aiguës.....	9
	II.3.5 Dermo-hypoderme inflammatoire sur insuffisance veineuse.....	10
	II.3.6 Eczéma (item 114).....	10
	II.4 Syndrome des loges.....	11
III	Place des examens complémentaires.....	11
IV	Diagnostic différentiel.....	12
	IV.1 Autres dermo-hypodermes inflammatoires.....	12
	IV.2 Thrombose veineuse profonde isolée.....	12
	IV.3 Nécroses cutanées d'une ischémie artérielle aiguë.....	12
	IV.4 Pyomyosites.....	12
	IV.5 Lymphangite.....	13

IV.6 Borréliose.....	13
IV.7 Lymphœdème chronique.....	13
IV.8 Zona.....	13
V Prise en charge thérapeutique.....	13
V.1 Mesures communes.....	13
V.2 Traitement spécifique.....	14
V.2.1 Traitement de l'érysipèle.....	14
V.2.2 Traitement des autres dermo-hypodermite bactériennes.....	15
V.2.3 Traitement d'une dermo-hypodermite nécrosante.....	15
V.2.4 Traitement d'une dermo-hypodermite inflammatoire sur insuffisance veineuse....	15
V.2.5 Traitement d'un eczéma.....	15
V.2.6 Traitement anticoagulant.....	16
Points essentiels	16

OBJECTIFS

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

Le texte de référence est la (conférence de consensus sur l'érysipèle d'avril 2001 : http://www.sfdermato.com/doc/formation/erysipele_court.pdf).

I DIAGNOSTIC POSITIF

La « grosse jambe rouge aiguë » associe :

- un placard érythémateux assez bien limité, parfois extensif, associé à un œdème, en général unilatéral ;
- souvent des signes infectieux ;
- d'installation rapide en quelques heures ou quelques jours

La cause la plus fréquente est l'érysipèle, dermo-hypodermite infectieuse aiguë streptococcique, dont le diagnostic est en général facile. D'autres causes sont possibles, de diagnostic parfois plus difficile.

II DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

II.1 ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC

II.1.1 Interrogatoire

Il fait préciser :

- la date de début et les modalités évolutives (début brutal dont l'heure peut être précisée, ou insidieux, extension rapide ou lente...) ;
- les signes associés : frissons, fièvre, douleur locale... Les signes subjectifs locaux sont variables (sensation de brûlure ou de tension douloureuse, prurit), aggravés par la position déclive ou par la palpation ;
- les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné ;
- une pathologie récente locorégionale : intertrigo interorteils, traumatisme, grattage, pathologie articulaire, morsure animale, piqûre ;
- les maladies associées : diabète, artériopathie des membres inférieurs, obésité ;
- la notion d'épisodes identiques dans le passé ;
- l'existence d'un œdème chronique de jambe par stase veineuse (maladie post-phlébitique...) ou lymphatique, et son association éventuelle à un ulcère de jambe ;
- les traitements débutés : antibiothérapie générale, traitements topiques.

II.1.2 Examen clinique

II.1.2.1 Examen clinique locorégional

L'examen locorégional précise :

- le siège : uni- ou bilatéral des lésions ;
- la nature des lésions élémentaires cutanées :
 - l'érythème, rouge vif, est associé à un œdème (Figure 1),
 - l'œdème de la plaque est souvent tendu et douloureux à la palpation,
 - des vésicules et/ou des bulles peuvent être présentes,
 - un œdème de constitution rapide peut entraîner des décollements superficiels étendus, en particulier chez le sujet âgé ;
- la bonne ou mauvaise limitation des lésions cutanées ;
- la présence d'une nécrose cutanée superficielle ou profonde (pâleur de certaines zones, plaques noirâtres) ;
- les éventuels signes de collection : zone fluctuante ;
- la porte d'entrée potentielle : intertrigo interorteils, ulcère de jambe, plaie traumatique, excoriations, lésions de grattage, piqûre d'insecte...
- les signes d'insuffisance veineuse chronique : œdème, varices, lipodermatosclérose ;
- les signes neurologiques associés (hypo- ou anesthésie superficielle) ;
- les pouls périphériques pédiens et tibial postérieur, parfois difficiles à palper sous l'œdème ;
- l'existence d'une lymphangite, d'une adénopathie inflammatoire inguinale homolatérale.

Figure 1. Érysipèle de la jambe



II.1.2.2 Examen clinique général

L'examen général recherche :

- une fièvre ;
- une altération de l'état général ;
- des signes de sepsis sévère, voire de choc septique (Tableau 1).

L'arbre décisionnel suivant est proposé (Tableau 2).

Tableau 1 - Marqueurs de sévérité d'une hypodermite infectieuse

<i>Signes locaux</i>	Douleur locale intense Œdème majeur Bulles hémorragiques Nécrose focale Hypoesthésie Livedo Crépitation
<i>Signes généraux et symptômes</i>	Fièvre élevée avec confusion Désorientation Tachypnée Tachycardie Oligurie Hypotension Pâleur
<i>Autres facteurs</i>	Comorbidité : diabète, obésité Contexte social : état de précarité

Tableau 2 - Arbre décisionnel d'une grosse jambe rouge

Aiguë fébrile → dermo-hypodermite
Érysipèle
Autres DH infectieuses
Fasciite nécrosante
Subaiguë
Fébrile :
- DH infectieuses
- immunodéprimé
Non fébrile :
- insuffisance veineuse
- pied diabétique
Non fébrile + autres lésions élémentaires
Eczéma
...

II.2 TABLEAUX TYPIQUES

II.2.1 Érysipèle (item 87)

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë bactérienne à streptocoque β -hémolytique A (plus rarement B, C ou G) qui se localise à la jambe dans plus de 80 % des cas.

C'est une maladie fréquente et c'est donc le premier diagnostic à évoquer devant une grosse jambe rouge aiguë et fébrile.

La maladie s'observe chez l'adulte après 40ans, avec un âge moyen de survenue vers 60ans. L'atteinte des membres inférieurs est favorisée par l'insuffisance veineuse et (ou) lymphatique. Les facteurs favorisants sont locaux (lymphœdème, porte d'entrée intertrigo interorteil, ulcère de jambe) et généraux (obésité).

Forme habituelle

La forme habituelle donne un tableau de « grosse jambe rouge aiguë fébrile » unilatérale.

Le début est brutal, par une fièvre élevée (39 à 40°C) accompagnée de frissons, qui précède souvent de quelques heures l'apparition du placard cutané inflammatoire. C'est une plaque érythémateuse, œdémateuse, circonscrite et douloureuse à la palpation. Un bourrelet périphérique marqué est rarement observé.

Dans certains cas, des décollements bulleux superficiels, conséquence mécanique de l'œdème dermique, ou un purpura, sont observés sur le placard (Figure 2).

Des adénopathies inflammatoires homolatérales sont fréquemment associées.

Une traînée de lymphangite homolatérale est présente dans un quart des cas.

Une porte d'entrée est décelable cliniquement dans les deux tiers des cas. Elle peut être minime (intertrigo interorteils, piqûre, érosion traumatique) voire inapparente ou évidente (ulcère de jambe).

Devant un tableau typique et en l'absence de comorbidité, aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

L'évolution est favorable en 8 à 10 jours sous traitement antibiotique dans plus de 80 % des cas.

L'apyrexie est obtenue en 48 à 72h ; elle signe l'efficacité du traitement.

L'amélioration des signes locaux est plus lente, en une semaine.

Une phase d'extension dans les premières 24h sous traitement (érythème débordant les limites initiales dessinées au feutre) est fréquemment observée.

Une phase de desquamation superficielle secondaire est parfois observée.

Figure 2. Érysipèle avec décollements bulleux



Complications

Les complications sont :

- locales dans 5 à 10 % des cas, surtout en cas de diabète ou d'immunosuppression, de prise d'AINS : abcès localisés superficiels, plus rarement profonds, qui doivent être incisés et drainés, parfois sous anesthésie générale ;
- systémiques très rares (<5 % des cas) : septicémie à streptocoque, glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique ;
- la récidive. C'est la complication la plus fréquente (environ 20 % des cas). Elle est la conséquence de la persistance des facteurs de risque : insuffisance lymphatique ou veineuse, porte d'entrée chronique (dermatose, ulcère de jambe).

II.2.2 Dermo-hypodermes nécrosantes

Qu'il s'agisse de « fasciite nécrosante », de gangrène gazeuse, de dermo-hypodermite nécrosante, c'est une urgence vitale qui impose une prise en charge médicochirurgicale rapide en unités de soins intensifs (Figure 3).

Des signes locaux de gravité (Tableau 1) sont en général présents d'emblée (zones nécrotiques, anesthésie locale, écoulements fétides, crépitation) avec des signes généraux marqués.

L'imagerie par résonance magnétique permet d'apprécier l'extension en profondeur de la nécrose.

Les germes responsables sont le streptocoque, le staphylocoque doré, des bacilles Gram-, des anaérobies.

Le rôle déclenchant ou aggravant de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens a été suspecté, sans être démontré. Une telle prise doit être systématiquement recherchée et, par précaution, arrêtée.

Figure 3. Fasciite nécrosante de la jambe



II.3 TABLEAUX MOINS TYPIQUES

II.3.1 Érysipèle atypique

Des formes subaiguës, où la fièvre et l'hyperleucocytose modérées, voire absentes ne sont pas rares.

Dans ces cas le diagnostic repose sur les caractères cliniques du placard inflammatoire cutané et sa régression sous antibiothérapie antistreptococcique.

II.3.2 Pied diabétique

Le tableau clinique peut simuler un érysipèle, mais il réalise le plus souvent une dermo-hypodermite à évolution subaiguë, torpide, du pied et du tiers inférieur de jambe.

L'inflammation cutanée apparaît plus profonde et moins bien limitée que dans un érysipèle. La douleur est modérée et la fièvre est parfois absente.

La porte d'entrée est souvent un mal perforant plantaire.

Les germes en cause sont *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* principalement, mais également des anaérobies.

Il faut rechercher de principe une ostéite sous-jacente et une décompensation du diabète. L'évolution est moins favorable que celle d'un érysipèle avec une mauvaise réponse au traitement anti-infectieux, ce qui nécessite souvent un geste chirurgical.

II.3.3 Dermo-hypodermites infectieuses des immunodéprimés

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

Outre les germes pathogènes habituels, en particulier *Pseudomonas aeruginosa* en cas de neutropénie, il faut penser aux germes transmis par contact avec une eau souillée (*Vibrio vulnificus*, *Aeromonas hydrophila*).

II.3.4 Autres dermo-hypodermites bactériennes aiguës

Une pasteurellose d'inoculation doit être suspectée s'il existe une notion de morsure animale (chat, chien).

Le rouget du porc peut être suspecté devant une plaie érythémateuse au pourtour œdématisé, extrêmement douloureuse après blessure par un os de porc, de mouton, d'arêtes de poisson ou de crustacés.

II.3.5 Dermo-hypodermite inflammatoire sur insuffisance veineuse

L'insuffisance veineuse chronique évolue progressivement avec des altérations cutanées visibles (Figure 4). Chronologiquement :

- télangiectasies et des varices réticulaires (de petite taille, en mailles de filet, siégeant au creux poplité où à la face externe des membres inférieurs) au début ;
- varices de plus en plus marquées et accompagnées d'un œdème ;
- troubles trophiques (pigmentation ou dermatite ocre, atrophie blanche et lipodermatosclérose) ;
- ulcération en dernier stade.

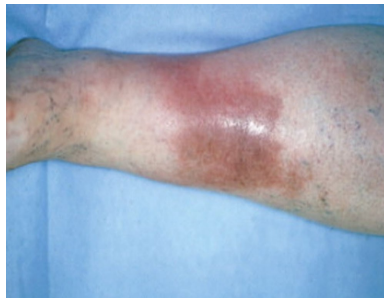
La lipodermatosclérose est une infiltration scléreuse des jambes, prédominant à leur moitié inférieure.

Progressivement, elle diminue le périmètre jambier, devient très dure et s'accompagne d'un œdème sus- et sous-jacent.

Elle est quasiment spécifique de l'insuffisance veineuse.

Sur ce terrain peuvent apparaître des poussées inflammatoires, simulant un érysipèle lorsqu'elles sont unilatérales. Ces poussées sont particulièrement douloureuses non ou peu fébriles.

Figure 4. Dermo-hypodermite sur insuffisance veineuse



II.3.6 Eczéma (item 114)

L'eczéma est caractérisé cliniquement par :

- le prurit (+++) ;
- les vésicules ;
- sur un placard érythémateux à bordure émettée ;
- localisés à la région de contact avec l'allergène ;
- et souvent associé à un œdème local.

Les eczémas de jambe se voient fréquemment chez des malades porteurs d'ulcère. L'eczéma prédomine à la région périulcéreuse mais peut aussi s'étendre donnant une grosse jambe

rouge suintante (Figure 5).

Les allergènes le plus souvent rencontrés sont la lanoline, les antibiotiques locaux, les conservateurs, les émulsifiants, les dérivés de la colophane... parfois aussi les applications d'anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques, avec possibilité de photosensibilisation (kétoprofène).

Dans tous ces cas, une exploration allergologique par tests épicutanés est nécessaire.

Un eczéma peut aussi s'observer sur terrain d'insuffisance veineuse chronique en l'absence de toute allergie de contact vraie. On parle alors de « dermatite de stase ».

Figure 5. Dermatite eczématiforme sur insuffisance veineuse (dermite de stase)



II.4 SYNDROME DES LOGES

Il correspond à un œdème musculaire mis en tension dans le fascia par un exercice physique violent. L'aspect inflammatoire simulant un érysipèle est exceptionnel, le patient est apyrétique.

III PLACE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils ne sont pas nécessaires dans un érysipèle typique.

Dans les formes atypiques, leur intérêt est limité par leur manque de sensibilité et de spécificité et l'examen clinique reste primordial.

Une hyperleucocytose est habituelle avec polynucléose neutrophile.

Le syndrome inflammatoire biologique est important (CRP souvent >100mg/L). Les hémocultures sont de faible rentabilité ; elles ne sont pas réalisées systématiquement en l'absence de signes de sepsis grave.

Un prélèvement bactériologique de toute érosion ou ulcération cutanée de jambe, d'un intertrigo interorteil, d'un mal perforant plantaire est indispensable dans les formes graves

pour adapter éventuellement l'antibiothérapie.

En cas de suspicion de thrombose veineuse, un écho-Doppler pulsé des membres inférieurs doit être réalisé. Le dosage des D-dimères n'a aucune valeur discriminative (ils sont élevés en cas de dermo-hypodermite infectieuse).

En cas de signes de gravité, il faut analyser : enzymes musculaires, ionogramme sanguin, créatininémie, pH et gaz du sang (acidose métabolique ?), coagulation (coagulation intravasculaire disséminée ?).

L'imagerie (radiographies, échographie cutanée et des parties molles, imagerie par résonance magnétique) n'a d'intérêt que si on suspecte une dermo-hypodermite nécrosante.

IV DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

IV.1 AUTRES DERMO-HYPODERMITES INFLAMMATOIRES

Elles réalisent :

- soit un tableau de panniculite qui associe : des lésions nodulaires et des plaques inflammatoires hypodermiques, siégeant plutôt aux cuisses, à l'abdomen, aux bras, et qui peuvent s'associer à des signes systémiques ;
- soit des lésions nodulaires des membres inférieurs faisant discuter un érythème noueux ou une vasculite nodulaire.

IV.2 THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE ISOLÉE

La thrombose veineuse profonde isolée ne donne pas de tableau de grosse jambe rouge.

Elle peut (rarement) s'associer à un érysipèle, ce qui fait pratiquer en cas de doute un écho-Doppler veineux.

IV.3 NÉCROSES CUTANÉES D'UNE ISCHÉMIE ARTÉRIELLE AIGUË

Les nécroses cutanées d'une ischémie artérielle aiguë ne s'accompagnent en général ni d'érythème ni d'œdème et se distinguent ainsi des dermo-hypodermes nécrosantes.

IV.4 PYOMYOSITES

Au cours d'une pyomyosite, douleur et signes de sepsis contrastent avec l'absence ou la discrétion de l'érythème.

IV.5 LYMPHANGITE

La lymphangite réalise un trajet rouge inflammatoire, avec souvent une adénopathie inguinale.

La lymphangite peut parfois réaliser un placard cutané linéaire.

Elle peut être associée à un érysipèle.

IV.6 BORRÉLIOSE

La borréliose, au stade d'érythème annulaire centrifuge, est plus circonscrite, moins inflammatoire et non fébrile. La piqûre de tique n'est pas toujours retrouvée.

IV.7 LYMPHŒDÈME CHRONIQUE

Un lymphœdème chronique peut subir des poussées inflammatoires, dont l'étiologie infectieuse n'est pas toujours claire. En cas d'atteinte unilatérale, le diagnostic avec un érysipèle peut être difficile.

IV.8 ZONA

Un zona est facilement éliminé par la présence de vésicules sur un trajet métamérique et l'évolution clinique.

V PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

V.1 MESURES COMMUNES

Quelle que soit la cause, un repos au lit avec la jambe surélevée est utile jusqu'à la régression des signes inflammatoires locaux. Il permet de diminuer l'œdème et la douleur.

Une hospitalisation ne s'impose que si un traitement parentéral ou une surveillance rapprochée est nécessaire :

- doute diagnostique ;
- signes généraux très marqués ;
- risques de complications locales ;
- comorbidité ;
- contexte social rendant le suivi difficile en ambulatoire ;
- échec d'un traitement ambulatoire préalable adapté.

Il faut identifier les situations urgentes.

V.2 TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Il doit être adapté au diagnostic.

V.2.1 Traitement de l'érysipèle

Il doit être antistreptococcique.

Les β -lactamines sont le traitement de première intention.

La pénicilline G injectable est l'antibiotique de référence en hospitalisation.

Chez les malades hospitalisés :

- traitement d'attaque : par pénicilline G, à la dose de 10 à 20MU/j en 4 à 6 perfusions jusqu'à l'obtention d'une apyrexie ;
- relais par forme orale (pénicilline V : 3 à 6MU/j en 3 prises, amoxicilline 3 à 4,5g/j en 3 prises ; pristinamycine : 3g/j) jusqu'à disparition des signes locaux.

La durée totale de traitement est de 10 à 20 jours.

En l'absence de signes de gravité locaux ou généraux :

- le traitement est oral d'emblée (amoxicilline : 3 à 4,5 g/j ; pristinamycine : 3 g/j ; durée : 15 jours) ;
- il peut s'effectuer à domicile (ce qui évite les contraintes et les effets indésirables du traitement IV).

En cas d'intolérance ou d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (3g/j en 3 prises), un macrolide ou la clindamycine.

Un traitement symptomatique de la douleur sera prescrit.

La prévention :

- est primaire, par :
 - le traitement d'une porte d'entrée (notamment diagnostic et traitement d'un intertrigo interorteils),
 - l'amélioration des troubles circulatoires (port de bandes de contention, drainage lymphatique manuel),
 - une hygiène cutanée correcte ;
- se fait chez les malades ayant plusieurs récurrences par an et lorsque les facteurs favorisants sont difficilement contrôlables. Une antibiothérapie préventive par pénicilline-retard est indiquée (benzathine-pénicilline : *Extencilline* 2,4 millions intramusculaire toutes les 2-3

semaines) ou éventuellement par pénicilline V, (2 à 4 millions d'unités par jour en deux prises orales).

V.2.2 Traitement des autres dermo-hypodermes bactériennes

L'antibiothérapie est probabiliste et mal codifiée. Elle a initialement une visée à la fois antistreptococcique et antistaphylococcique et par la suite, si possible, elle est adaptée aux germes identifiés sur les prélèvements bactériologiques de porte d'entrée ou les hémocultures.

En cas de diabète, on préconise :

- l'équilibre glycémique (+++);
- l'immobilisation du pied (porte d'entrée habituelle sur un mal perforant) (+++);
- la nécessité éventuelle d'un geste chirurgical sur une collection.

En cas de morsure animale, on recommande :

- l'amoxicilline (3g/j per os ou IV), associée ou non à l'acide clavulanique, est l'antibiotique de référence ;
- les macrolides ou la pristinamycine en cas d'allergie aux β -lactamines.

V.2.3 Traitement d'une dermo-hypodermite nécrosante

C'est une urgence médicochirurgicale (+++) : le traitement doit être fait en milieu spécialisé.

Il consiste à exciser toutes les zones nécrosées. Une antibiothérapie parentérale associant clindamycine, pénicilline à spectre élargi (tazocilline, amoxicilline + acide clavulanique) ou céphalosporine, et aminoside est débutée, adaptée ensuite selon les données de l'antibiogramme. Le métronidazole est utilisé en cas de suspicion de germes anaérobies. Une réanimation corrigeant l'hypovolémie, d'éventuels désordres glucidiques et électrolytiques est indispensable.

V.2.4 Traitement d'une dermo-hypodermite inflammatoire sur insuffisance veineuse

Il est mal codifié. Il repose sur la contention élastique, indispensable mais parfois mal tolérée. Le repos, les antalgiques sont utiles.

V.2.5 Traitement d'un eczéma

Il repose sur l'éviction de l'allergène supposé associé au traitement symptomatique (nettoyage à l'eau et au savon, pulvérisations d'eau micronisée, application de dermocorticoïdes).

V.2.6 Traitement anticoagulant

Par héparine calcique ou héparine de bas poids moléculaire à doses préventives, il n'est justifié qu'en cas de facteurs de risque de maladie thrombo-embolique.

POINTS ESSENTIELS

- **L'érysipèle est la cause la plus fréquente des grosses jambes rouges aiguës et fébriles.**
- **Les formes graves ou atypiques d'hypodermite infectieuses nécessitent une prise en charge différente.**
- **La mise en route du traitement des dermo-hypodermite bactériennes ne doit pas être retardée par l'attente d'examens complémentaires qui ont en général peu d'intérêt diagnostique.**
- **Les dermo-hypodermite inflammatoires sur insuffisance veineuse chronique aboutissent à la lipodermatosclérose du tiers inférieur de jambe ; elles évoluent sur un mode chronique avec parfois des poussées inflammatoires aiguës.**