

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