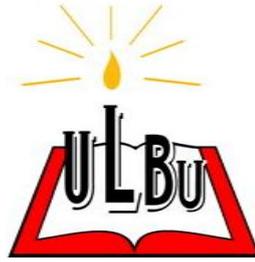


UNIVERSITE LUMIERE DE BUJUMBURA



FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES INFIRMIERES
CAMPUS KININDO

Par
NDAYISABA Pacifique

Sous la direction de :
Dr Willy GATORE

Travail de fin du cycle
Présenté et défendu
Publiquement en vue de l'obtention
Diplôme de Baccalauréat en SC.INF.

DEDICACE

A Dieu Tout Puissant

A notre regretté père NDAYISABA Albert

A notre chère mère NTAMAVUKIRO Léocadie.

A tous nos chers frères et sœurs.

A toute ma famille restreinte et élargie.

Au GBP [groupe biblique pentecôtiste] de l'ULBU

Au Higher Life Foundation.

Nous dédions ce travail.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous adressons nos sincères remerciements à ceux qui, de près ou de loin ont contribué à son aboutissement.

Notre Sauveur Jésus Christ qui nous a donné son salut et le bien-être en général.

Nous remercions notre famille qui s'est donné corps et âme pour couvrir les moyens consacrés à notre formation intellectuelle.

Nos remerciements vont aussi à nos enseignants depuis l'école primaire jusqu'à l'Université Lumière de Bujumbura, plus particulièrement à ceux de la FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DANS LE DEPARTEMENT DES SCIENCES INFIRMIERES pour nous avoir partagé leurs connaissances.

Nous pensons spécialement au Dr. Willy GATORE, Directeur de ce travail qui, malgré ses diverses responsabilités a consacré son temps pour l'encadrement de ce travail. Ses directives et sa bienveillance nous ont fort marqué.

A mes frères et sœurs, qui ont contribué dans tant de choses que nous ne pouvons pas citer ici, qu'ils trouvent dans ces lignes l'expression de notre profonde reconnaissance.

A la famille de mon frère Dr. Carter NDAYISABA qui a pris soin de moi et contribué beaucoup pour notre éducation, nous sommes reconnaissant de leur soutien. Nous remercions également la famille du Pr. Evariste NDABANEZE, pour leur soutien digne d'un vrai parent.

A Higher Life Foundation qui a beaucoup investi pour notre éducation.

A l'encadrement des GBP [Groupes Bibliques Pentecôtistes] qui a investi dans notre éducation spirituelle.

Nous remercions aussi les membres du jury pour avoir accepté de lire et juger ce travail afin de mieux l'affiner.

A tous ceux qui nous sont chers.

Nous dédions ce travail

NDAYISABA Pacifique

LISTE DES ABREVIATIONS

SC.INF	: Sciences infirmières
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
β	: beta
%	: pourcent
NFS	: Numération formule sanguine
CRP	: C-Reactiveprotein
VS	: Vitesse de sédimentation
IV	: intraveineuse
IM	: intramusculaire
AINS	: anti-inflammatoire non stéroïdien.
UI	: Unité internationale
HPRC	: Hôpital Prince Régent Charles
CPLR	: Clinique Prince Louis RWAGASORE
E. coli	: Escherichia coli
G.E	: Goute épaisse
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquisse
Dr	: Docteur
H/F	: Homme/Femme
MU	: Million d'unité

LISTE DES DIAGRAMMES

Diagramme 1: Répartition des patients selon l'âge.....	22
Diagramme 2: Répartition des patients selon le sexe.....	22
Diagramme 3: Répartition des patients selon leurs antécédents.....	23
Diagramme 4: Répartition des patients selon la topographie des lésions.....	23
Diagramme 5: Répartition des patients selon les signes locaux.....	24
Diagramme 6: Répartition des patients selon la porte d'entrée.....	25
Diagramme 7: Répartition des patients selon les examens réalisés.....	25

LISTE DES TABLEAUX

[Tableau 1 : Répartition personnel de l'HPRC](#)..... 21

LISTE DES FIGURES

Fig. 1: Erysipèle bulleux..... 8
Fig. 2: Erysipèle de la face avec bourrelet périphérique très manifeste.....9

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
LISTE DES DIAGRAMMES	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
TABLE DES MATIERES	vii
CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE	1
I. 1. CADRE DE REALISATION DU TRAVAIL	1
I.2. OBJECTIFS DE L’ETUDE	2
I.3. SUJET ET SES CONTOURS : ERYSIPELE A L’HOPITAL PRINCE REGENT ...	4
CHARLES	4
1. 3. 1. Historique et définition de l’Erysipèle	4
I.3.2 Physiopathologie	5
I.3.3. Données épidémiologiques et microbiologiques	5
I.3.4. Etiologies	6
I.3.5. Facteurs favorisants	6
I.3.6. Diagnostic	7
I.3.7. Localisations	9
I.3.8. Diagnostic différentiel	10
I.3.9. Examens complémentaires	10
I.3.10. Traitement	11
I.3.11. Evolution	16
I.3. 12. Complications [19, 32,17]	16
CHAPITRE II. DESCRIPTION DU LIEU D’ETUDE	19
II.1. HISTORIQUE DE L’HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES	19

II.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE DE L'HPRC.....	20
II.3 CAPACITE ET SERVICES DE L'HOPITAL PRINCE REGENT.....	21
II.4. TYPE D'ETUDE ET PERIODE D'ETUDE.....	22
II.5. MATERIELS UTILISES.....	22
II.6. CHOIX ET TAILLE DE L'ECHANTILLON.....	22
II.7. METHODES ET CRITERES DE RECUEIL DES DONNEES.....	22
CHAPITRE III: PRESENTATION DE LA SITUATION D'ETUDE.....	23
III.1. ANALYSE DES DONNEES.....	23
III.1.1. Population étudiée.....	23
III.1.2 Données cliniques.....	24
III.2. DISCUSSION.....	27
III.2.1.Données générales.....	27
III.2.2. Epidémiologie.....	27
III.2.3. Facteurs favorisants.....	28
III.3.3.Traitement et Evolution.....	28
CHAPITRE IV : CONCLUSION ET RECCOMANDATIONS.....	30
IV.1. CONCLUSION.....	30

CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE

I.1. CADRE DE REALISATION DU TRAVAIL

A la fin de notre cursus, nous sommes appelés à réaliser un travail de fin de cycle de baccalauréat afin de compléter le cursus théorique. Notre terrain de stage était l'hôpital Prince régent Charles situé en province de Bujumbura Mairie, commune Mukaza précisément dans la zone urbaine de Buyenzi.

Notre travail s'est focalisé sur l'une des affections dermatologiques.

Les maladies de la peau, en particulier infectieuses sont très fréquentes, elles doivent être traitées au niveau individuel/collectif, mais aussi prise en compte en tant qu'indicateur sanitaire d'une population. La prévalence élevée des dermatoses infectieuses peut refléter un problème de la qualité d'eau consommée ou d'hygiène. Mon travail s'est focalisé sur l'une de ces dermatoses infectieuses.

Ladite dermatose étudiée est une dermo-hypodermite aigüe localisée, succédant à une infection focalisée due à un streptocoque pyogène. Elle est favorisée par une stase veino-lymphatique, une insuffisance veineuse, un lymphœdème congénital ou acquis, un traumatisme, l'obésité ou plus rarement une maladie générale (diabète, néoplasie). Le caractère très inflammatoire des lésions ainsi que la fréquence des récurrences évoque une hypersensibilité locale aux antigènes streptococciques [18].

Sa fréquence, malgré les progrès de l'hygiène, ne semble pas diminuer surtout en Afrique tropicale et même qu'en Europe [24]. Son incidence est estimée à 10 jusqu'à 100 cas pour 100000hab. /an [34]

En France, des études qui ont été réalisées dans les années 90 ont montré une incidence variant de 81 à 118 pour 100000hab. /an.

En Suède, ELICKSON [19] et JORUP [26] ont trouvé respectivement 229 cas en 1986 et 223 cas en 1996.

En Afrique, selon les études qui ont été faites dans les différentes régions de ce continent, les cas de cette pathologie de la peau sont aussi élevés.

En effet, dans une étude qui a été réalisée au TOGO en 1994, PITCHEP [38] a trouvé 67 cas en 1997 sur une période de 4 ans.

Au Maroc en 2003, AMAL'S [1] a trouvé 100 cas dans 12 ans.

Au Burundi, NDERAGAKURA A. [32], dans son étude réalisée sur une période d'une année en 2005 a trouvé 41 cas au CHUK.

BUKEYENEZA P. et NIYONIZEYE A. [7], dans leur étude réalisée en 2013 à l'hôpital de GITEGA ont trouvé 15 cas sur une période de 3ans.

Cependant, il n'est pas certain que les données acquises par leur étude cliniques hospitalières reflètent l'ensemble de cas, car cette affection est de recrutement à la fois hospitalière et ambulatoire.

Ayant trouvé une forte prévalence de l'érysipèle au Burundi, nous avons été intéressé à faire cette recherche afin de montrer la grande fréquence de cette maladie dans un des grands hôpitaux de la capitale et d'attirer l'attention aux lecteurs de notre travail sur les facteurs de risque et les personnes à risque pour enfin améliorer sa prise en charge.

I.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de notre étude est d'étudier la prise en charge de l'érysipèle à l' HPRC en montrant les particularités sur les facteurs favorisant et les personnes à risque.

I.3. SUJET ET SES CONTOURS : CONTRIBUTION A LA PRISE EN CHARGE DE L'ERYSIPELE A L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES

1. 3.1. Historique et définition de l'Erysipèle

1. 3.1.1 Historique

Historiquement, on retrouve l'érysipèle au moyen âge sous l'appellation « feu de Saint Antoine » [38 in 39]. On pensait alors que les patients qui présentaient des lésions « rouge feu » étaient consumés par le « feu sacré » et que seule la tombe de Saint-Antoine, guérisseur égyptien, rapportée en France à l'époque des croisades, pouvait leur apporter quelque soulagement. A posteriori le « feu de Saint Antoine » correspondrait plutôt à l'ergotisme [38 in 40] mais les causes respectives de l'érysipèle et de l'ergotisme ne furent connues que des siècles plus tard. Le terme « feu de Saint Antoine » fut longtemps employé pour tout aspect inflammatoire ou gangréneux de la peau.

Au début du 20ème siècle, on comptait 12% de décès parmi les personnes atteintes de l'érysipèle.

La localisation principale était la face, rare après l'avènement des antibiotiques ; l'incidence de l'érysipèle au niveau des jambes augmente depuis les dernières années pour des raisons indéterminées.

Il atteint surtout les adultes après 40 ans avec un âge de survenue moyen vers 60 ans. [31]

Plus de 85% des érysipèles surviennent aux membres inférieurs, 10% au niveau du visage et 2 à 12 % au niveau des membres supérieurs [14, 24].

Les dermo-hypodermes nécrosantes et les fasciites nécrosantes pathologiques proche sémiologiquement ; ont un pronostic plus sombre si elles ne sont pas diagnostiquées précocement et prises en charge rapidement.

La distinction entre ses pathologies est d'abord anatomique.

Pour rappel, la peau est constituée d'un épiderme (couche cornée et kératinocyte), d'un derme constitué de tissu conjonctif, des annexes pilo-sébacées et sudorales, des terminaisons nerveuses et de vaisseaux, d'un hypoderme constitué de tissus adipeux, de vaisseaux et du fascia superficialis, inconstant, qui sépare la peau des tissus et les organes plus profond.

En dessous de la graisse hypodermique se trouve l'aponévrose superficielle résistante et fermement adhérente au tissu sous-jacent [muscles,..], celle-ci est le siège électif de la nécrose dans les fasciites nécrosantes. [42]

Pour clarifier la terminologie actuelle prêtant souvent la confusion, nous appellerons : "**ERYSIPELE**" toute dermo- hypodermite bactérienne sans atteinte de l'aponévrose superficielle.

1. 3.1. 2 *Définition*

L'Erysipèle est une infection dermo-hypodermique localisée, classiquement causée par un streptocoque β -hémolytique du groupe A. Elle survient le plus souvent au niveau des membres inférieurs mais est possible partout, notamment au niveau du visage. [7].

I.3.2 Physiopathologie

La peau est composée de trois couches de la superficie vers la profondeur : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'érysipèle est une dermo-hypodermite (inflammation du derme et de l'hypoderme) aiguë et sans nécrose. Classiquement, cette infection fait suite à la présence d'une « porte d'entrée », c'est-à-dire une effraction cutanée (plaie ou ulcération).

La bactérie en cause est un streptocoque bêta-hémolytique, le plus souvent streptococcus pyogenes (groupe A), et plus rarement, par ordre de fréquence décroissante, les streptocoques des groupes G, B ou C¹. Un streptocoque est ainsi présent dans 80 % des cas. D'autres germes ont pu être retrouvés, tels que staphylococcus aureus ou des bacilles gram négatifs comme des entérobactéries ou *pseudomonas aeruginosa* mais leur responsabilité n'est pas prouvée¹.

I.3.3. Données épidémiologiques et microbiologiques

I.3.3.1. Données épidémiologiques

Plusieurs auteurs prétendent que cette infection progresse en fréquence, phénomène difficile à vérifier, étant remarquée que la prise en charge est multidisciplinaire: Généralistes, dermatologues voire même les cardiologues [18].

Dans d'autres littératures, il est mentionné qu'une partie importante des patients, probablement proches de 50%, est traitée à domicile [1].

C'est une pathologie commune dont l'incidence est estimée entre 10 et 100 cas pour 1000 habitants /an en France .Un érysipèle, dans 85% des cas, se localise au niveau des membres inférieurs ,10% au niveau du visage, 2 à 12 % au niveau des membres supérieurs [32, 12].

En Europe, la distribution paraît égale entre les deux sexes et touche les sexagénaires. L'âge moyen de survenu se situe entre 55 et 65 ans mais des exceptions peuvent survenir.

En Israël : par exemple, l'homme jeune en sandalettes pendant la période estivale apparaît le plus exposé [18].

I.3.3.2 Données microbiologiques

L'érysipèle est une maladie originale du fait de son caractère toxi-infectieux et de faible densité bactérienne dans les lésions. Seule l'étiologie streptococcique est démontrée [streptocoque β -hémolytique A, B, C et G]. Il n'existe pas d'arguments convaincants en faveur de l'étiologie staphylococcique de l'érysipèle [1].

Du fait de leur manque de sensibilité ou de leur positivité tardive, l'intérêt des examens bactériologiques est plus d'ordre épidémiologique que diagnostique.

Dans les formes typiques et en l'absence de signe de comorbidité, aucun examen bactériologique n'est nécessaire [7, 2].

I.3.4. Etiologies

L'érysipèle est dû principalement aux streptocoques β -hémolytiques du groupe A [2]. Le streptocoque pyogène est le germe le plus souvent isolé suivi des streptocoques G, C et D. Les érysipèles non streptococciques sont rares, dus à des germes variés (staphylocoques dorés en 1^{er} lieu) [8].

Cette affection peut survenir à n'importe quel âge et les sujets dénutris, alcooliques ou présentant une dysglobulinémie sont plus exposés [2].

La porte d'entrée cutanée du germe doit être systématiquement recherchée :

- Au niveau des membres inférieurs : les mycoses inter-orteil ou un geste chirurgical, une plaie traumatique négligée, un intertrigo digito-plantaire, un ulcère veineux, etc.....
- Au niveau du visage : une excoriation même minime, une otite externe, une lésion excoriée de l'orifice narinaire ou de l'oreille [2, 29].

I.3.5. Facteurs favorisants

I.3.5.1 Facteurs locorégionaux

Les infections à streptocoques ou à staphylocoques dorés surviennent habituellement sur une dermatose préexistante. C'est surtout la présence d'une porte d'entrée (intertrigo) interdigito-plantaire, plaie ou excoriation cutanée, une fracture ouverte de la jambe, plaie traumatique, ulcère veineux, lymphœdème kaposien, dermatose érosive, qui occupent la première place dans les fractures pré-disposantes au niveau locorégional. Cela nous oblige à recourir à la recherche d'une porte d'entrée s'il ya suspicion d'un érysipèle [22].

Parfois, il ya le foyer streptococcique initial comme une infection nasopharyngée, tantôt discret, dermite rétro-auriculaire, ou d'un conduit auditif externe, infection dentaire ou même amygdalienne subaigüe [17].

1.3.5. 2 Facteurs généraux

L'érysipèle survient volontiers chez les sujets fragiles, diabétiques éthyliques ou porteurs d'une hypersensibilité aux streptocoques avec des foyers streptococciques récidivants. Il peut également être favorisé par une immunodépression ou être iatrogène(AINS) [24].

Le facteur favorisant principal est l'œdème du membre inférieur (érysipèle du membre inférieur, d'origine veineuse, cardiaque ou lymphatique).

La prise des anti-inflammatoires non stéroïdiens(AINS) favorise également la survenue des complications [22].

Il faut aussi préciser que la présence d'une infection potentiellement grave favorise la survenue de l'érysipèle (terrain immunodéprimé, plaie chirurgicale, en cas de morsure, pied diabétique, syndrome néphrotique). [24, 18]

Les hémopathies et la dysglobulinémie font partie des facteurs favorisants mais rares.

Il existe d'autres états pathologiques mais rares (Sida, toxicomanie, insuffisance rénale chronique en dialyse, éthylisme chronique,...) [17,4]

Des circonstances physiologiques (grossesse, période néonatale) réalisent autant d'autres terrains soumis à des risques infectieux accrus du fait de l'immunodépression qu'ils entraînent.

L'obésité ou le surpoids est considéré actuellement comme facteur général favorisant l'érysipèle. [21,27]

1.3.6. Diagnostic

1.3.6. 1 Erysipèle de la jambe

1.3.6. 1.1 Diagnostique positif

❖ L'interrogatoire

Il faut préciser : la date de début et les modalités évolutives (début brutal ou insidieux, extension rapide ou lente...), la précession par des prodromes (frissons...), les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné, les antécédents récents d'une pathologie du pied ou de la jambe (prurit inter-orteil...), la notion d'œdème chronique d'origine veineuse ou lymphatique, les traitements déjà instaurés (antibiotiques ou traitements topiques), la notion de morsure ou de piqûre, l'existence de maladies associées (diabète, insuffisance veineuse, artériopathie des membres inférieurs, imprégnation œnologique chronique...).

❖ L'examen clinique

Signes subjectifs : sensation de brûlure locale, tension douloureuse, prurit

Il doit rechercher le siège uni ou bilatéral des lésions, la nature des lésions cutanées, la présence d'un œdème associé. L'examen clinique doit rechercher impérativement des lésions de nécrose superficielle ou profonde, une porte d'entrée éventuelle (intertrigo...), des signes neurologiques (trouble de la sensibilité), des signes d'insuffisance veineuse chronique, les pouls périphériques pédioux et tibial postérieur, des signes régionaux (lymphangite, adénopathies inguinale inflammatoire homolatérale...), des signes généraux (hyperthermie, altération de l'état général, signes de bas débit périphérique évoquant un sepsis grave.

La figure 1 illustre l'érysipèle de la jambe.



Fig. 1: Erysipèle bulleux [31]

1.3.6. 1.2 Erysipèle du visage

- **Les Signes généraux** : on retrouve essentiellement une fièvre élevée, des frissons et des altérations majeures de l'état général.
- **Les Signes locaux** : se caractérisent par œdème de la joue recouvert par un placard érythémateux douloureux, chaud, limité par un bourrelet périphérique; un placard unilatéral s'étendant de manière centrifuge et pouvant se bilatéraliser ainsi qu'une adénopathie prétragienne.

Il faut bien rechercher la porte d'entrée et tracer au marqueur les contours du placard.

La figure 2 illustre bien l'érysipèle du visage.





Fig. 2: Erysipèle de la face avec bourrelet périphérique très manifeste [31]

1.3.6. 1.3 Formes cliniques

Dans 80% des cas, l'érysipèle est localisé au niveau des membres inférieurs, l'atteinte de la face est moins fréquente, environ 5% de cas, souvent unilatérale et œdémateuse. [1]

La mise en place d'un cathéter intraveineux peut réaliser une porte d'entrée idéale pour les streptocoques et il n'est pas rare d'observer des érysipèles chez les malades perfusés (érysipèle des membres supérieurs surtout) [1].

1.3.7. Localisations

1.3.7. 1 Erysipèle des membres inférieurs

La localisation au niveau des membres inférieurs est fréquente, favorisée à ce niveau par les troubles circulatoires.

Le tableau réalisé est celui d'une « grosse jambe rouge aigüe fébrile ». Cet érysipèle s'observe chez une femme volontiers obèse ayant une insuffisance veineuse ou lymphatique. La porte d'entrée peut être représentée par un ulcère, un intertrigo fissuraire mycosique ou non mycosique des orteils.

Localement, le membre est oedématié, avec une peau chaude et tendue, luisante, rouge vif et parfois parsemé de pétéchies. L'adénopathie, bien constante, peut être noyée dans l'œdème.

La recherche d'une thrombose profonde, associée doit être systématique. 18

I.3.7. 2 Erysipèle des membres supérieurs

L'érysipèle de la face, plus rare actuellement à pour particularité :

- son caractère bilatéral fréquent.
- l'importance de la réaction œdémateuse.
- la présence d'un bourrelet périphérique. [16]

I.3.8. Diagnostic différentiel

I.3.8. 1 *Au membre inférieur :*

- la phlébite est le principal diagnostic différentiel de l'érysipèle. La fièvre est plus élevée et les signes locaux plus intenses dans l'érysipèle. L'écho-doppler veineux permet de les différencier.
- Eczéma aigu.
- rupture d'un kyste poplité.
- érythème noueux

I.3.8. 2 *Au visage, le diagnostic différentiel se fait avec:*

- l'eczéma
- le lupus érythémateux disséminé ou subaigu
- la dermatomyosite ou la staphylococcie maligne de la face
- le zona

I.3.9. Examens complémentaires

La place des examens complémentaires pour diagnostiquer l'érysipèle est dominé par :

- La NFS : à la recherche d'une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophiles
- La VS, CRP, Fibrinogène : à la recherche d'un syndrome inflammatoire
- Les prélèvements bactériologiques: 3 hémocultures au moment des frissons, ou si la température est supérieure 38,5°C
- Les examens bactériologiques :

* hémoculture (en général négatives),

Prélèvements locaux cutanés (bulles) qui sont rarement positifs.

* prélèvement systématique de la porte d'entrée (intertrigo inter orteils).

Ces prélèvements doivent être faits systématiquement et avant tout traitement antibiotique.

* le dosage des anticorps antistreptococciques (ASLO, antistreptodornase B) a un intérêt rétrospectif seulement (positivation ou ascension du titre deux semaines après le début des signes cliniques.)

- L'écho-doppler veineux des membres inférieurs doit être systématique en cas de suspicion de l'érysipèle pour éliminer une phlébite, qui peut être associée à l'érysipèle

I.3.10. Traitement

I.3.10.1 Introduction

Le traitement de l'érysipèle est exclusivement médical par opposition aux dermo-hypodermes nécrosantes nécessitant en outre, une prise en charge chirurgicale. Dans les études précédentes, il résulte que selon plusieurs auteurs, on peut utiliser une antibiothérapie de type pénicilline G qui sera efficace sur la plupart des érysipèles, soit choisir une antibiothérapie de type pénicilline M (Cloxacilline par exemple) qui a l'avantage d'être active à la fois sur les streptocoques et les staphylocoques. [27]

L'antibiothérapie par voie orale peut rapidement relayer la voie intraveineuse sous forme de pénicilline V (Oracilline 4 à 6 MUI/J).

Bien entendu, la persistance de la fièvre sous antibiothérapie fera discuter, non seulement la sensibilité du germe aux antibiotiques, mais surtout la possibilité d'une cellulite gangreneuse dont le diagnostic clinique n'est pas toujours possible et qui nécessiterait une excision chirurgicale des tissus nécrosés. [4]

Actuellement, certains auteurs proposent des alternatives au traitement classique de l'érysipèle.

En effet, la durée, le coût et les complications liées à l'hospitalisation, ont motivé la réalisation d'études visant à évaluer l'efficacité d'une antibiothérapie orale d'emblée dans les érysipèles sans signes de gravité.

Ainsi, la Roxithromycine (RULID) ou la Pristinamycine (pyostacine) pourraient devenir un traitement simplifié de cette pathologie fréquente.

En cas d'infection potentiellement grave (terrain immunodéprimé, plaie chirurgicale, morsure, pied diabétique), il pourrait justifier de débiter l'antibiothérapie générale à large spectre (association d'un aminoside ou de la clindamycine à la pénicilline G par voie intraveineuse) (IV).

En fin, l'association d'un anti staphylococcique n'est pas indiquée de manière systématique dans l'érysipèle mais doit être discuté en cas de complication locale à type d'abcès. [9]

1.3.10. 2 *Traitement antibiotique*

Le traitement de l'érysipèle doit être antistreptococcique. Les antibiotiques utilisables en premier intention appartiennent à la famille des β -lactamines.

L'utilisation de la pristinamycine en premier intention reste à discuter.

Dans l'érysipèle non compliqué, la pénicilline G reste le traitement de référence (bon rapport, coût-efficacité): 5 millions d'UI toutes les 6 heures en IV pendant 10 à 15 jours ou la Bi-pénicilline : 2.000.000 UI par jour en IM dans les normes modérées mais un traitement en ambulatoire par antibiothérapie per os est également efficace (macrolide ou synergistine). [27]

Cependant, l'utilisation de la péni.G comporte des contraintes et des risques iatrogènes (perfusion répétées) et nécessite l'hospitalisation. Cela justifie l'utilisation des traitements oraux d'emblée (amoxicilline).

Le choix de l'antibiothérapie dépend de la décision de l'hospitalisation ou du maintien à domicile, de la gravité du tableau atypique, de la notion d'allergie aux β -lactamines, de l'observance attendue d'une thérapeutique orale et des maladies associées. [1]

Compte tenu de la fréquence des cellulites due à des germes autres que le streptococcus pyogènes, on conseille, au moindre doute, une antibiothérapie active contre staphylococcus aureus (pénicilline M, vancomycine) et éventuellement les germes anaérobies (metronidazole).

Chez les petits enfants, une antibiothérapie active contre hémophilus influenzae est également recommandée (céphalosporines de la 3^{ème} génération). La posologie doit tenir compte du poids, particulièrement pour les sujets obèses, et des conditions d'élimination notamment rénale. [1,5]

1.3.10. 3 *Traitement en cas d'hospitalisation initiale*

Un tableau local ou général initial grave justifie le choix du traitement de référence par la pénicilline G en quatre à six perfusions par jour (10 à 20 millions d'unités internationales par jour). Les contraintes et risques iatrogéniques a perfusions répétées justifient la validation des essais comparatifs de nouvelles approches d'administration parentérale (administration courte, administration unquotidienne par voie intramusculaire ou intraveineuse directe d'un antibiotique à demi vie longue [ceftriaxone], et de traitement oraux d'emblée .

L'obtention de l'apyrexie permet le passage à une antibiothérapie orale (pénicilline V : 3 à 6 millions d'UI en trois prises quotidiennes : amoxicilline : 3 à 4,5gr /jr en trois prises quotidiennes) jusqu'à la disparition des signes locaux, avec une durée totale de traitement comprise entre dix et vingt jour.

En cas de sortie précoce d'hospitalisation une fois l'apyrexie obtenue, le médecin extra hospitalier doit s'assurer de l'absence de complications locales. [1]

1.3.10. 4 *En cas de maintien à domicile*

Le maintien à domicile se fait quand on se trouve devant un érysipèle sans signes généraux de gravité et sans tare viscérale. Le traitement peut être suivi à domicile soit par une synergistine : pristinamycine (pyostacine 50mg/kg/jr).

Aminopénicilline : 3à 4,5gr/jr en trois prises quotidiennes est instauré pendant 15 jours. [9,13]

Le lincosamide : clindamycine (dalacine) 1200à 2400mg/ ou par céphalosporine de 3^{ème} génération, ceftriaxone (rocephine) 1g/jr.

Le traitement est habituellement de 15 jours, il doit être suivi si nécessaire de la mise en place d'une prévention secondaire.

Il faut signaler que leur utilisation reste limitée par le coût.

1.3.10. 5 *En cas d'allergie aux β -lactamines*

Le choix se porte : soit sur la pristinamycine (2 à 3 g /jour comme posologie, en trois prises quotidiennes jusqu'à la période de mobilisation); soit sur un macrolide, par exemple l'érythromycine, 1 à 3 grammes /24heures, soit sur la clindamycine.

1.3.10. 6 *Cas de suspicion d'un érysipèle staphylococcique*

L'érysipèle à staphylococcus aureus (début progressif, évolution sur un furoncle, ou anthrax, ou dans un contexte nosocomial, signes généraux de gravité):

Les pénicillines M semi-synthétiques (cloxacilline, oxacilline) sont en règles, actives sur le staphylococcus aureus communautaire. Ils sont utilisés par voie orale à la posologie de 50 mg /kg/jour ou par voie veineuse à la posologie de 200 mg /kg/jour en cas d'atteinte sévère ou sur un terrain débilisé.

Les glycopéptides, vancomycine (vancocine) par voie veineuse ou léicoplamine (targacid) doivent être utilisés en cas de suspicion d'infection à staphylococcus aureus à la méticilline (infection nosocomiale). [21,24]

1.3.10.7 *Traitement de la porte d'entrée*

Un traitement local aux antiseptiques ou aux antibiotiques à visée étiologique sur l'érysipèle ou la porte d'entrée n'a pas d'intérêt, néanmoins, le repos est indispensable pour l'érysipèle du membre inférieur ainsi que pour traiter la porte d'entrée. [21,14]

La désensibilisation des foyers cutané-muqueux doit être obtenue par des soins locaux souvent prolongés afin de tenter d'éviter les récurrences. Il faut un traitement adapté de la porte d'entrée

(éradication d'un intertrigo, inter-orteils, soins de l'ulcère de la jambe) ; localement, il faut le percement des phlyctènes et l'usage des antiseptiques.

La stérilisation du foyer se fait par de bains de 30 minutes dans la solution du permanganate de potassium à raison de 2 séances par jour.

1.3.10.8 La place de l'anticoagulant en cas de risque de thrombose veineuse profonde.

Le risque de la survenue d'une thrombose veineuse profonde au cours de l'érysipèle des membres inférieurs est faible (0,7 à 4,9%) et cela ne justifie pas l'utilisation systématique des anticoagulants à but prophylactique. [1]

En dehors de la staphylococcie maligne de face et des patients ayant un antécédent de phlébite, le bénéfice de l'héparinothérapie est très controversé dans les dermo-hypodermes bactériennes.

Au moindre doute, il est préférable de réaliser un écho-doppler en urgence qui permettra d'affirmer ou d'infirmer la thrombose veineuse profonde et d'adapter le traitement en conséquence.

Des héparines de faible poids moléculaire (flaxiparine) utilisées à dose prophylactiques peuvent être indiquées en présence de facteurs favorisant les thromboses veineuses, mais ce sont des facteurs favorisants (de risque) et non l'érysipèle qui motive le traitement. [21,24]

La recherche systématique de thrombose veineuse profonde par écho-doppler n'est pas justifiée. L'intérêt d'une contention veineuse et d'un lever précoce, qui pourraient contribuer à limiter la survenue de thrombose veineuse profonde chez les malades à risque et à lutter contre le lymphoedème, devrait être évalué. [1]

1.3.10.9 La place des AINS et corticoïdes

Les AINS ou les corticoïdes n'ont pas d'indication au cours de l'érysipèle. Par contre, l'utilisation d'AINS au cours des dermo-hypodermes aiguës bactériennes pourraient favoriser la survenue des fasciites nécrosantes.

Les données actuelles disponibles ne permettent pas d'établir de façon certaine une relation de cause à effet. L'utilisation des AINS, est donc contre indiquée.

En cas de fièvre élevée ou mal tolérée, les antipyrétiques et /ou antalgiques comme le paracétamol doivent être préférés.

Chez un malade traité au long cours par les AINS ou par corticothérapie générale, il n'y a pas lieu de modifier ce traitement lorsqu'il est indispensable. Ce traitement représente cependant un facteur de comorbidité qui doit conduire à l'hospitalisation d'emblée. [1]

1.3.10.10 *Traitement chirurgical*

S'il y a persistance de la fièvre sous antibiotiques, il faudra discuter non de la sensibilité du germe aux antibiotiques mais d'une cellulite gangreneuse, dont le diagnostic clinique n'est pas toujours possible et qui nécessiterait une excision chirurgicale des tissus nécrosés. [4]

L'exérèse chirurgicale en milieu spécialisé des tissus nécrosés est le complément indispensable de l'antibiothérapie dans les gangrènes streptococciques et les fasciites microbiennes. Cet acte parfois très délabrant constitue une urgence chirurgicale qu'il ne faut pas manquer. [24]

1.3.10. 11 *Traitement préventif* [21, 4,24]

Le traitement préventif s'articule sur la prévention ou le traitement des facteurs favorisants et l'utilisation de l'extencilline (benzyle pénicilline) :2,4 millions d'UI en intramusculaire toutes les trois semaines pendant une année en cas d'érysipèle à répétition.

Donc la prise en charge adaptée de la tare veineuse et lymphatique et le traitement des intertrigos inter-orteils sont recommandés dans la population générale dans le but de bien faire une prévention primaire.

1.3.10. 12 *Antibioprophylaxie des récurrences ou prévention secondaire*

Les récurrences d'érysipèle surviennent approximativement chez 20 % des malades. Elles sont souvent multiples chez un même malade .Elles sont favorisées par la persistance ou la récurrence des facteurs ayant favorisés le premier épisode : Le lymphoedème, l'immunodépression, la persistance ou la récurrence de la porte d'entrée.

La prévention des récurrences est indispensable à mettre en œuvre dès le premier épisode d'érysipèle.

Elle doit reposer sur :

- l'identification et le traitement efficace de la porte d'entrée surtout quand elle est chronique. C'est le cas en particulier de la prise en charge adaptée d'un intertrigo inter-orteils et ses causes favorisants.
- la prise en charge au long cours d'un lymphoedème ou d'un œdème de cause veineuse par contention et /ou drainage lymphatique manuel.

Une antibiothérapie préventive des récurrences est nécessaire chez les malades ayant déjà eu plusieurs récurrences ou chez qui les facteurs favorisants sont difficilement contrôlables. Elle doit être prolongée, voire définitive car son effet n'est que suspensif. Elle fait appel aux pénicillines, comme la pénicilline V 2 à 4 MU/jour en deux prises quotidiennes par voie orale ou benzathine pénicilline : 2,4 MU toutes les deux à trois semaines par voie intramusculaire. Cette deuxième modalité peut être le garant d'une bonne observance.

En cas d'allergie aux β -lactamines, le traitement fait appel au macrolide par voie orale.

I.3.11. Evolution

La surveillance de la réponse au traitement est impérative et justifie aussi l'hospitalisation si le traitement et le suivi ambulatoire paraissent d'emblée difficile.

Le traitement de l'érysipèle évolue avec obtention de l'apyrexie au deuxième jour tandis que l'évolution des signes locaux est un peu retardée vers le troisième et le quatrième jour avec apparition d'une desquamation, pigmentation cutanée et une persistance plus ou moins longue d'un œdème. En cas de non amélioration, il faut rechercher les complications. [11]

I.3. 12. Complications [21, 3,18]

I.3. 12. 1 *Complications locales*

En cas de mauvaise réponse au traitement, il faut craindre une complication locale, soit sous forme d'une dermo- hypodermite profonde (abcès, la fasciite nécrosante), une suppuration locale, un phlegmon ou une adénite.

L'érysipèle peut se compliquer en une thrombose profonde, [suppuration locale], une échographie veineuse sera réalisée en cas de doute clinique. Cette complication semble toutefois rare et ne justifie en aucun cas une anti coagulation à dose efficace systématique.

I.3. 12.2 *Complications générales*

Elles sont dominées par la décompensation de la tare sous-jacente (diabète, éthylogisme chronique....) et le choc septique streptococcique.

Une glomérulonéphrite aiguë (GNA) est toujours possible.

La complication la plus redoutable est en fait la gravissime cellulite nécrosante streptococcique.

1.3. 12.3 Complications tardives

La complication tardive majeure est la récurrence. L'érysipèle aggravé fait apparaître un lymphoedème qui favorise la récurrence des épisodes infectieux (25% d'érysipèles correspondent à des récurrences).

La glomérulonéphrite post streptococcique est exceptionnelle mais justifie la recherche d'une protéinurie 3 semaines après l'épisode aigu.

CHAPITRE II. DESCRIPTION DU LIEU D'ETUDE

II.1. HISTORIQUE DE L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES

L'HPRC couvre presque 66 ans d'existence. Avant cette période, seul l'Hôpital Clinique Prince Louis RWAGASORE, anciennement appelé « hôpital Docteur Rhodain », était fonctionnel dans la capitale BUJUMBURA. Cet hôpital n'accueillait pas n'importe quel patient ; seuls les colons et quelques nationaux dits évolués dont des politiciens y étaient admis.

Du 29 juin au 12 Août 1947, le Prince Régent Charles de la Belgique a fait un périple dans la colonie du Congo belge et a fait une incursion dans le territoire du Ruanda-Urundi. Au cours de son séjour à Usumbura, il a constaté que la population burundaise avait un problème sérieux d'accessibilité aux soins de santé dans les milieux appropriés à cause de cette discrimination qui régnait à l'hôpital CPLR. Il se résolut à aider la population burundaise en construisant un hôpital à la portée de tout le monde. C'est ainsi que sur son initiative, la construction de l'hôpital débuta en commune urbaine de Buyenzi dans un endroit alors appelé « camp CFL : centre pour le personnel de la Compagnie des chemins de fer du Congo supérieur aux grands Lacs Africains » et s'acheva en 1949.

Comme il y avait urgence, l'hôpital sera inauguré la même année et « baptisé » sous son nom actuel « HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES ». Au départ, l'hôpital était essentiellement fréquenté par la population de Bujumbura qui n'avait pas d'accès à la CPLR. Après la proclamation de l'indépendance du Burundi, le 1^{er} Juillet 1962, la population de l'intérieur du pays a été obligée de fréquenter, elle aussi, ledit hôpital à cause des départs massifs des médecins coopérants et colons belges qui œuvraient à l'intérieur du pays.

Dès lors, la capacité d'accueil de l'H.P.R.C s'avéra de plus en plus insuffisante compte tenu de la demande. C'est ainsi qu'il s'est doté, dans la suite, de nouvelles infrastructures tout en transformant quelques-unes parmi les anciennes. C'est le cas du bâtiment destiné à la physiothérapie qui a été transformé en bâtiments administratifs, de la construction de l'actuel service des urgences et plus tard, en 2010, de l'extension générale de l'hôpital sur l'initiative de la coopération belge. En même

temps, d'autres services ont été mis en place avec un personnel suffisant et spécialisé pour répondre aux besoins des patients.

En plus de la mission principale de soigner assignée à l'HPRC à cette époque, il y avait aussi la formation des étudiants de la faculté de médecine de l'université du Burundi et des autres universités et instituts publics et privés, des techniciens et des élèves des écoles paramédicales. La formation des étudiants de la faculté de médecine de l'université du Burundi à l'HPRC a duré six ans seulement (de 1978 à 1984).

Elle fut confiée par la suite au Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge(CHUK).

Depuis sa création, l'HPRC était un hôpital public jusqu'en 1992, date à laquelle il a été érigé en une administration personnalisée par le décret-loi n°100/011 du 6 février 1992 de la République du Burundi. Par cette décision, le gouvernement visait une série d'avantages tels que :

- la motivation du personnel ;
- la responsabilisation effective des gestionnaires ;
- la gestion efficace et efficiente du personnel ;
- la conscientisation de ses gestionnaires sur l'importance de la maintenance et l'entretien des infrastructures sanitaires ;
- la prise de décisions rapides, rationnelles et faciles.

Malgré cette décentralisation, la réalité est que l'HPRC reste sous tutelle du ministère ayant la santé publique et la lutte contre le SIDA dans ses attributions tel que prévu dans le décret-loi n°1/024 du 13 juillet 1989 de la République de Burundi, portant cadre organique des administrations personnalisées de l'Etat, spécialement en ses articles 2, 4,7 et 13.

II.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE DE L'HPRC

L'HPRC se situe en Province de Bujumbura-Mairie, précisément dans la zone Urbaine de Buyenzi en commune MUKAZA.

Il est limité au Nord par l'avenue de la santé qui le sépare des habitations de la zone urbaine de Buyenzi[habitation], au Sud par l'avenue de l'hôpital qui le sépare de la Police Spéciale de Roulage (PSR), à l'Est et en dessous de la chaussée du peuple murundi par les maisons abritées par la population , le bureau de la zone de Buyenzi, l'école ETALIBU, le tribunal de résidence Rohero, la poste de Buyenzi et enfin à l'Ouest, par le Centre Médical Communautaire (CMC) de Buyenzi, le service d'hygiène, l'Institut National de la Santé Publique (INSP), l'Ecole Technique de l'Assainissement et de Laboratoire (ETAL), le Programme Elargie de Vaccination (PEV) et le Bureau National de Coordination et de la Planification Familiale (BNCPF).

Tableau 1 : Répartition du personnel de l'HPRC.

<i>catégories</i>	<i>qualification</i>	<i>effectif</i>	<i>fréquence</i>
	<i>Professionnel de la santé</i>		<i>298/521</i>
<i>infirmiers</i>	<i>AS</i>	<i>5</i>	
	<i>A1</i>	<i>19</i>	
	<i>A2</i>	<i>128</i>	
	<i>A3</i>	<i>101</i>	
	<i>Licence</i>	<i>10</i>	
<i>Médecins</i>	<i>Dentiste</i>	<i>1</i>	
	<i>MG</i>	<i>28</i>	
	<i>MS2</i>	<i>6</i>	
	<i>Non professionnel de la santé</i>		<i>223/521</i>
<i>Travailleurs</i>		<i>134</i>	
<i>chauffeurs</i>		<i>3</i>	
	<i>A4</i>	<i>17</i>	
	<i>A3</i>	<i>20</i>	
	<i>A2</i>	<i>37</i>	
	<i>A1</i>	<i>4</i>	
	<i>LIC/ING/MAST</i>	<i>8</i>	
Total général		521	

II.3 CAPACITE ET SERVICES DE L'HOPITAL PRINCE REGENT

Les services de l'HPRC sont regroupés en deux catégories à savoir les services d'appui administratif et gestion et les services techniques. Chaque service est dirigé par un chef de service. Ce dernier doit participer aux réunions du conseil de direction.

L'HPRC dispose de vingt-trois services à savoir : la médecine interne, la pédiatrie, l'ORL, la chirurgie, l'Ophtalmologie, la stomatologie, l'acupuncture, l'anesthésie-réanimation, le laboratoire, les services généraux, le contrôle interne, l'urgence, la pharmacie, le service des statistiques, le service financier, le service de radio-scanner, la gynécologie et obstétrique, la dermatologie, l'admission, le nursing, l'Hygiène et l'assainissement, le service administratif et enfin la maintenance

Notre travail, s'est focalisé sur les services de la chirurgie ; la médecine interne et pédiatrie qui se rapportent à notre sujet.

II.4. TYPE D'ETUDE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive couvrant une période de six mois (du 15 mars au 15 septembre 2016).

Les matériels dont nous sommes source des données reposaient sur les documents de l'hôpital (dossiers des malades, registres de transmission,..).

II.6. CHOIX ET TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'échantillonnage a été exhaustif et a concerné tout patient présentant les signes d'érysipèle et qui a été traité à l'HPRC.

II.7. METHODES ET CRITERES DE RECUEIL DES DONNEES

Les méthodes utilisées dans notre travail sont les suivantes:

- *méthodes analytiques* : pour faire la synthèse des données afin de faciliter leur compréhension;
- *méthode statistique* : pour faciliter la représentation des résultats soit en forme de données chiffrées et des diagrammes.
- *méthode comparative* : nous a facilitée à discerner les ressemblances et les différences entre les faits comparés.

Les critères utilisés sont les suivants:

- *Critères d'inclusion*: Tout patient hospitalisé à l'hôpital Prince Régent Charles dans la période d'étude ayant comme motif de consultation l'érysipèle.
- *Critères d'exclusion*: Nous avons exclu de notre étude tous les patients présentant des affections dermatologiques autres que l'érysipèle, des patients ambulatoires et des patients qui avaient des dossiers incomplets.

CHAPITRE III: PRESENTATION DE LA SITUATION D'ETUDE

III. 1. ANALYSE DES DONNEES

III.1.1. Population étudiée

III.1.1.0 Cas trouvés au cours du travail

Dans notre étude rétrospective de six mois à l'HPRC, nous avons trouvé 7 cas d'érysipèles.

III.1.1.1 Variations selon les mois

Nous avons trouvé une nette prédominance de la maladie avec un pic au mois de Septembre

III.1.1.2 Age

7 patients ont été inclus dans notre étude avec un âge moyen de 40,14 ans, 57% avaient plus de 40 ans.

Diagramme 1 : répartition des patients selon l'âge

III.1.1.3 Sexe : On a remarqué dans notre travail une prédominance masculine, comme l'illustre le diagramme suivant :

Diagramme 2: Répartition des patients selon le sexe

III.1.1.4 Antécédents pathologiques

Des facteurs prédisposant généraux et loco régionaux sont retrouvés dans pas mal de cas étudiés, 5 cas présentaient des antécédents médicaux et chirurgicaux : 2 cas d'antécédents diabétiques, 3 cas qui présentaient de tuméfactions. Le diagramme 3 montre que les patients avec des antécédents de tuméfactions des MI sont les plus fréquents.

Diagramme 3: Répartition des patients selon leurs antécédents

III.1.2 Données cliniques

III.1.2.1 Topographie

Dans tous les cas trouvés, la localisation cible était les membres inférieurs avec prédominance du côté gauche 5 cas sur les 7 cas trouvés et 2 cas au côté droit

Diagramme 4 : Répartition des patients selon la topographie

III.1.2.2 Signes généraux

La fièvre était présente chez les 7 patients.

III.1.2.3 Signes locaux

La douleur et l'œdème étaient présents chez les 7 patients, 3 patients de notre étude avaient des tuméfactions luisantes ; 1 cas avec rougeur et 1 autre avec une phlyctène. Pour d'autres cas, on n'a pas pu mentionner leurs signes locaux. Le diagramme 5 illustre ces signes locaux en fonction de leur fréquence.

Diagramme 5: Répartition des patients selon les signes locaux

III.1.2.4 Portes d'entrée

Les portes d'entrée les plus fréquentes sont : la plaie diabétique et la tuméfaction avec 3 cas pour chacune. La voie intertrigo inter-orteil est rare ; avec seulement 1 cas. Le diagramme 6 illustre cela.

Diagramme 6 : Répartition des patients selon la porte d'entrée

III.1.2 .5 Répartition des patients selon les examens

Le diagramme 7 montre que la NFS est la plus demandée.

Diagramme 7 : Répartition des patients selon les examens

III.1.2 .6 Répartition des patients selon le traitement

Presque la totalité de nos patients ont été mis sous une antibiothérapie unique : Pénicilline G considérée comme un antibiotique de référence dans le traitement de l'érysipèle.

III.1.2.7 Evolution

L'évolution était favorable chez 85% des patients avec disparition des signes inflammatoires locaux ; 15% des patients ont évolué vers la fasciite nécrosante.

III.2. DISCUSSION

III.2.1. Données générales

La plupart des séries publiées prennent généralement en compte les patients hospitalisés dans les services de dermatologie et de médecine interne. De même, notre travail s'est focalisé sur patients admis dans les services de médecine interne, de chirurgie et pédiatrie.

III.2.2. Epidémiologie

III.2.2.1 *Fréquence*

Jusqu'à nos jours très peu d'études ont analysé la prise en charge de l'érysipèle au BURUNDI encore moins à l'hôpital Prince Régent de Bujumbura.

Notre étude a porté sur une période inférieure à une année et cela va nous apparaître difficile de mettre en évidence l'augmentation ou la diminution de la fréquence de l'érysipèle, nous avons trouvé 7 cas sur une période de six mois.

Selon l'étude faite par NDERAGAKURA A. dans son étude réalisée au CHUK sur une période d'une année, 41 cas ont été enregistrés en 2005 et BUKEYENEZA P. et NIYONIZEYE A ont trouvé 15 cas pour une période de 3 ans dans leur étude réalisée en 2013 à l'hôpital Régional de Gitega.

Parallèlement à d'autres publications faites ailleurs, nous pouvons en déduire une certaine similitude dans nos résultats.

En effet, dans une étude réalisée au TOGO en 1994, PITCHEP [38] a trouvé 67 cas en 1997 dans 4 ans soit 16 cas/an.

Au Maroc en 2003, AMAL'S [1] a trouvé 100 cas sur une période de 12 ans c'est-à-dire une moyenne de 8 cas/an.

En comparant nos résultats à d'autres publications, on y trouve des points communs justifiant nos résultats.

III.2.2.2 *Age*

Dans notre série l'âge moyen de survenue de l'érysipèle est de 40,14ans cela corrobore les résultats décrits par PITCHEP et al 1997 [Togo –Lomé] avec l'âge moyen de 40 ans.

III.2.2.3 Sexe

Des divergences sur l'importance du sexe dans la survenue de l'érysipèle sont observées dans les grandes séries de publication. Nous avons trouvé une prédominance masculine dans notre travail avec un sex-ratio H/F de 1,33, cela est comparable aux résultats de S.Amal et al. lors de son étude effectuée en 2004 (Maroc-Marrakech) avec un sex-ratio de 1,38.

III.2.3. Facteurs favorisants

L'érysipèle est une maladie sporadique et fréquente où certains facteurs de risques sont bien identifiés.

Le diabète et l'obésité apparaissent donc comme les principaux facteurs de risques prédisposant dans l'érysipèle des membres inférieurs selon les différentes publications.

Dans notre travail, 42,8% présentaient des antécédents dont 28,5% comme facteurs favorisant identifié est le diabète et cela est corroboré par l'étude de Ben Fredj Ismail F., et al. Dans leur étude réalisée en Tunisie avec 29,6% d'antécédents diabétiques. [43]

III.3.3.Traitement et Evolution

III.3.3.1 Antibiothérapie

Le traitement utilisé dans notre série est la pénicillinothérapie G en intraveineuse en première intention à la posologie de 100.000 à 5 millions U.I en 3 prises /jour.

La majorité des patients ont bien répondu à ce traitement comme on le trouve dans d'autres différentes d'autres publications.

En effet, S.Amal note une évolution favorable à 100% tandis que F.Ben Fredj 72,7% et M. Cisse 81% avec une posologie moyenne de 12 à 24 millions UI/jour en 3 à 4 fois /jour.

III.3.3.2 Traitement anti-inflammatoires

Aucune étude n'a évalué l'utilisation des anti-inflammatoires lors de la prise en charge de l'érysipèle

En revanche, plusieurs observations font allusion à la survenue des complications vers les fasciites necrosantes liées à l'utilisation des AINS.

Dans notre travail, aucune prescription d'AINS n'a été retrouvée.

III.3.3.3 *Traitement anticoagulants*

La peur de la survenue d'une thrombose veineuse profonde associée à un érysipèle semble être le principal motif d'utilisation d'héparinothérapie pour la prévention des thromboses. Dans notre travail, aucune prescription d'anticoagulant n'est retrouvée.

III.3.3.4 *Complications*

Avant l'apparition de l'antibiothérapie, l'érysipèle évoluait spontanément vers la guérison en une à trois semaines mais le taux de mortalité était très élevé. Elle se situait autour de 12%.

Les complications dans notre étude étaient rares (14,2%). Nous remarquons que les études ayant montré le plus des complications sont les plus anciennes : JORUP Ronstrom (1986) [26] et H.Barrière, celui-ci met en évidence un grand nombre de formes compliquées d'emblée, notamment gangreneuses (34%), dues au retard de la prise en charge

L'absence de complications élevée dans notre étude et les études récemment publiées reflètent la consultation en temps réel des patients.

CHAPITRE IV : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

IV.1. CONCLUSION

Cette étude rétrospective a visée descriptive consacrée a la contribution de la prise en charge de l'érysipèle a l'HPRC dans l'optique d'étudier la prise en charge de l'érysipèle à l' HPRC en montrant les particularités sur les facteurs favorisant a abouti a des conclusions suivantes:

La fréquence de l'érysipèle est de 7 cas/6mois ; l'étiologie principal est le streptocoque β hémolytique du groupe A, l'âge de survenu moyen est de 40 ans soit 57%, le sexe masculin est le plus dominant soit 57,10% ; les antécédents de diabète sont les plus fréquents soit 28,5% ,la localisation dominante est le membre inferieur gauche soit 71,40%, parmi les signes généraux ,la fièvre apparait dans 100% des cas ;parmi les signes locaux la tuméfaction est la plus dominante avec 42%,la porte d'entrée la plus dominante est la plaie diabétique soit 42%, la NFS est la plus dominante des examens demandés soit 57% et l'évolution est favorable dans 85% des cas

IV.2. RECOMMANDATIONS

➤ **Au ministère de la santé :**

- Sensibiliser les décideurs de la Ministère de Santé sur la grande fréquence de l'érysipèle dans le pays ;
- Organiser les séminaires pour combattre les facteurs de risques;
- Sensibiliser la population de fréquenter les centres de soins car les gens non instruits risquent de confondre l'érysipèle aux fétichismes

➤ **Au personnel de santé:**

- Compléter bien les documents nécessaires afin de faciliter l'identification du patient ;
- Respecter les doses prescrites car c'est une pathologie souvent récidivante ;
- Donner l'EPS aux patients et aux gardes malades.

➤ **A la communauté :**

- Consulter tôt les centres de soins ;
- Suivre les règles d'hygiène ;
- Respect des doses prescrites.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMAL S, HOUASSANS, LAISSAOUIK, MWOVID K, TRABELSIM Erysipèle : profil épidémiologiques, cliniques et évolutif dans la région de Marrakech [100 observations] Médecine et maladies infectieuses Médecine d'Afrique Noire ,2004 ; 34,171-176.
2. ANTHONY DUVIVIER .les infections bactériennes cutanées : dermatologie ou praticien.flammarion, paris 2004.PP/07-108
3. B. CRICKX, STEPHANE BELAICK, Conduite à tenir devant une grosse jambe rouge
4. BECO-G, RAUDON B. Erysipèle : prévention primaire et secondaire Ann.Dermatol, venereol 2001, 122,368-75
5. BERNARD P., CHRISTMAN AN D, MOREL M. prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier. Etude prospective post –conference de consensus.ANN.Dermatol vénérologies 2005 ;132 ;213-7
6. Bratton R.L, Nesse R E St Anthony's fire: diagnosis and management of erysipelas. Am. Fam. Physician: 1995; 51: 401-404
7. BUKEYENEZA P. et NIYONIZEYE A. Aspects epidemiologiques, cliniques et thérapeutique de l'érysipèle à l'hôpital Régional de GITEGA a propos de 15 cas
8. Carlton M.W., Kunkel D.B. St. Anthony's fire: an eponym for ergotisme not erysipelas: Am. Fam. Physician: 1995; 52: 95
9. CAUMES E. PIERARD G. et AL Manifestations dermatologiques de l'infection par le VIH In: Dermatologie tropicale Edition de l'Université libre de Bruxelles AUPELLE, 1993, PP.127-144
10. CAYEUX PH., GUIBERT S.Infections a streptocoques.E.M.C .Paris -10,8009-A-10,1973
11. CH. DANGOISSE Et M. LEDOUX Erysipèle récidivants Rev.Méd.BruX.1991; 12:253-256
12. CHARTIER C., CROSSHANS E.Erysipelas.Int.J.Dermatol, Paris -10 ,8009-10,1973
13. COCKERELL C.J Cutaneous manifestations of VIH infection other than KAPOSI'S
14. Conférence de consensus' érysipèle et fasciites nécrosante'' prise en charge M. infect.2000 ; 30 :241-5 disponible sur site http : www.google.com
15. COURS DE MEDECINE :www.google.com
16. CRICKX B, CHEVRON F, SIGAL-NAHUM B, BILET, et AL. Erysipèle : données épidémiologiques, cliniques thérapeutiques. Ann.Dermatol.venerologie1991 ; 118 :16
17. DUPUYA Epidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle Ann. Dermatol, venereol 2001, 128,312-6
18. E. PILLY. Maladies infectieuses :12^{ème}édition 1992 PP 203. V01 679 par l'association des professeurs de pathologie infectieuse et tropicale

19. ELICKSSON B, JORUP-RONSTROMC, KARKKOMEN K; SJOBLOMC; HOLMS E.Erisipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects.Clinic.Infect.Dis 1996; 23:1091-8
20. F.GUIOT et J.M.LACAAPELLE Site électronique :[http :www.medUCL.AC.be/LOU](http://www.medUCL.AC.be/LOU)
21. GERARD G., ALLAIN K.Les infections cutaneomuqueuses bactériennes et mycosiques .Revue de praticien 1^{ère} juin 2002 ; 11 :1245-53
22. GUISLAINE CARCELAIN, BRIGITTE AUTRAN. Mécanismes immunopathologiques de l'infection àVIH : édition 2004 PP 21-28
23. HARERIMANA A. et NIYOYANKUNZE S. Contribution à l'étude épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'érysipèle à l'Hôpital de KIBUMBU à propos de 32 cas.
24. J.L VILDE Infections et pathologies streptococciques Pathologie médicale :1979 ;2 ;548-550
25. JEGOP, RESCHE S, KARACATSANIS C, BOUGET J, MINET J, GROSBOIS B.L'érysipèle :une série rétrospective de 92 patients dans un service de médecine interne .Ann.Med.Interne 2000 ;151 :3-9
26. JORUP-RONSTROMC.Epidemiological, bacteriological and complicating features of erysipelas.Scandj-Infect.Dis 1986; 519-24
27. LANOUX P., PENALBA C, LEGIN C, KIVADE M.REVEIL J.C L'érysipèle à propos de 18 observations .Med.Mal.Inf.193; 23,908-12
28. LAURETTE G., PY F., MACHET L., WALLANT L., Erysipèle: Etude rétrospective de 100 cas. Méd. Hyg.1990; 48:764-8
29. MAHE. E., TOUSSAINT P. LAMARQUE D., BOUTCHENEI S. et AL. Erysipèle dans la population jeune d'un hôpital militaire Ann Dermatol. Vénérologie 1999; 126:593-9
Maladies sexuellement transmissibles Dermatologie Livre de l'interne: Page 87-92
30. MARGAIRAZ A. Les infections streptococciques :Abrège de pathologie infectieuse.Paris, Masson 1975.PP406 ; 97-98
31. Mlle. HAMMIDI S. Expérience du service de dermatologie à l'Hôpital Militaire Moulay ISMAIL DE MEKNES [à propos de 113 cas] ROYAUME DU MAROC UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2015 Thèse de Méd.
32. NDERAGAKURA A. Aspects épidémiologie, étiologique, clinique et thérapeutique de l'érysipèle au CHUK a propos de 41 cas thèse de Médecine, université du Burundi-Bujumbura 2005
33. PERRIN L.F., LAURENT P. E., TOULAIN J.L. Les déficits immunitaires secondaires chez l'enfant : Immunopathologie clinique, Masson 1990. PP 104-112
34. PETITA.Erysipèle : données récentes et questions d'activités Ann.

35. PHYNE F ou LC, SEBASTIEN BARBAROT, JEANS FRANCOIS SLADER « Les infections cutanées bactériennes : impétigo, FURONCL "Erysipèle" »
36. PIERRE GORDEAU, JEAN CHARLES PIERRE, SERGES HERSON : les infections cutanées streptococciques traite de la médecine 1987 ;2 ;2055-57
37. PILLY J.E. Les infections dermo-epidemiologiques: Maladies infectieuses 7^{ème} édition, Edition Masson 1993, PP. 199-200
38. PITCHE P., CHANGAI-WALLAK. Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé [TOGO] : service de Dermato-venerologie. Medecine d'Afrique Noire : 1997,47[1]
39. RONNEN M, SUSTERIS, SCHEVACHM. MADAM M. Erysipelas: changing faces. Int. J. Dermatol, 1985, 24: 164-72
40. RONNEN M., SUSTERIS, SCHEVACHM, MADAM M. Erysipelas; changing faces. inter.J.Dermatol, 1985; 164-72
41. RUBSTEIN A., SUCKLICK M., GUPTA A. Acquired immuno deficiency with reserved T4 T8 ratio
42. SEARCOMA: Clinic al and histologique aspects. J. Ann. Acad. Dermatol: 1990; 22: 1260-9
43. Ben Fredj Ismail F., Sehli J., Essid A., Hadj Khelifa S., Mrad B., Toumi S. et al. Dans leur étude réalisée en Tunisie et la Revue de médecine interne xxx 2008 .03.170

ANNEXES**FICHE DE COLLECTE DES DONNEES****1. Renseignements administratifs**

Nom et prénom :

Colline ou quartier :

Commune :

Province :

Nationalité :

Age :

Sexe :

Profession :

Date d'entrée

Date de sortie

Délais entre début des signes cliniques et d'hospitalisation.....jours

2. Les antécédents-Médicaux :-Erysipèle : Non - Diabète : Oui Non

Autres :.....

- chirurgicaux :

3 Circonstances de découvertes▶ Lors de l'examen systématique : Oui Non ▶ Date du premier jour de consultation : Oui Non ▶ Date de début des signes cliniques : Oui Non

4 Médicaments pris avant la consultation

▶. Antibiotiques pris à domicile : Oui Non

Lesquels :.....

▶ Antalgiques : Oui Non

Lesquels :.....

▶ Antibiotiques et antalgiques : Oui Non

Lesquels :.....

5 Localisation

▶. Membres inférieurs

▶ Membres supérieurs

▶. Face

▶. Ailleurs [préciser].....

6 Examen physique

A paramètres vitaux

▶ poids

▶. Taille

▶. Pression artérielle

▶ Fréquence respiratoire

▶. Pulsation

B Etude clinique

▶. Fièvre : Oui Non

▶. Rougeur : Oui Non

- ▶ . Chaleur : Oui Non
- ▶ . Tuméfaction : Oui Non
- ▶ Adénopathie satellite : Oui Non
- ▶ . Bourrelet périphérique : Oui Non
- ▶ . Œdème douloureux: Oui Non
- ▶ Placard érythémateux : Oui Non

C Nature de porte d'entrée

- ▶ plaie post traumatique
- ▶ . Intertrigo inter -orteil
- ▶ . Autres.....

7 Facteurs de risque

A Facteur général

- ▶ .obésité

B Facteurs locorégionaux

- ▶ Insuffisance veineuse
- ▶ Antécédent chirurgicaux locorégionaux

C Médicaments en cours

- ▶ Corticoïdes
- ▶ ARV
- ▶ Autres

8 Bilan para clinique

Examens	Résultats
-NFS -VS -CRP -Hémoculture -Glycémie -Séro-rétro -Echo Doppler -G.E	

9 Traitement

- ▶ . Pénicillinothérapie
- ▶ Anticoagulant
- ▶ Soins locaux
- ▶ Durée du traitement
- ▶ Relais per os à jour.....par.....
- ▶ Chirurgie

10. Evolution :-guérison, amélioration, décédé ou transfert

RESUME

L'érysipèle est une dermo-hypodermite dont l'agent responsable classiquement admis est le streptocoque β -hémolytique du groupe A avec une incidence estimée entre de 10 à 100 cas pour 1000 hab. /an.

Actuellement, l'épidémiologie de l'érysipèle est très peu connue au Burundi.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de 6 mois à l'HPRC qui nous a permis de collecter 7 cas.

Le but de notre travail était d'étudier le profil des patients ainsi que de la prise en charge de l'érysipèle à l'HPRC en comparant notre série à celles déjà publiées afin de dégager des recommandations permettant un bon suivi des patients.

C'est une pathologie de l'adulte, avec un âge moyen de 40.14 ans.

La localisation principale reste les membres inférieurs et la face n'est touchée dans un aucun des cas de notre série.

Le diagnostic a été basé sur les arguments essentiellement cliniques.

La pénicilline G a été le traitement de première intention avec une évolution favorable dans plus de 89% de cas. La grande complication étant la fasciite nécrosante.

La présente étude a été réalisée afin de conscientiser tous ceux qui liront le présent travail sur l'importance de cette maladie, sa fréquence ainsi que les défis de sa prise en charge. Nous lançons également un appel vibrant aux décideurs des hôpitaux et du ministère pour qu'ils disponibilisent assez de ressources pour sa prise en charge afin d'éviter les complications.