

# UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2023

N° 68

## PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES DERMOHYPODERMITES BACTÉRIENNES DANS LES SERVICES DE DERMATOLOGIE DES HÔPITAUX RÉGIONAUX DE ZIGUINCHOR : ÉTUDE MULTICENTRIQUE RETROSPECTIVE PORTANT SUR 148 CAS

### THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 07 janvier 2023

PAR

**Mory GUEYE**

Né le 14 avril 1994 à Dialgane (SÉNÉGAL)

#### MEMBRES DU JURY

<b>Président :</b>	M. Noël Magloire	MANGA	Professeur Titulaire
<b>Membres :</b>	M. Ansoumana	DIATTA	Professeur Titulaire
	M. Boubacar Ahy	DIATTA	Professeur Assimilé
<b>Directeur de Thèse :</b>	M. Boubacar Ahy	DIATTA	Professeur Assimilé

**RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL**  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



**UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE**  
**DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



**DIRECTION ET ADMINISTRATION**

<b>Directeur</b>	<b>M. Noël Magloire</b>	<b>MANGA</b>
<b>Vice-Directeur</b>	<b>M. Ansoumana</b>	<b>DIATTA</b>
<b>Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles</b>	<b>M. Chérif Mohamed</b>	<b>AIDARA</b>
<b>Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales</b>	<b>M. Boubacar</b>	<b>FALL</b>
<b>Chef du département de Médecine et Spécialités médicales</b>	<b>M. Yaya</b>	<b>KANE</b>
<b>Cheffe des Services Administratifs</b>	<b>Mme Aïo Marie Anne Béty</b>	<b>MANGA</b>

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE  
LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie

**PROFESSEURS ASSIMILES**

M. Chérif Mohamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Yaya	KANE	Néphrologie
♦ M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie
M. Issa	WONE	Santé Publique

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie

## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie Embryologie Cytogénétique
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	DIOUF	Orthopédie-traumatologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Niokhor Ndane	DIOUF	Biochimie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université de Thiès

♦ Associé

## II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022

### PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. Codé	BA	Neurochirurgie
<sup>1</sup> M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>(7)</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>2</sup> M. Chérif	BALDE	Chimie
† <sup>1</sup> M. Fallou	CISSE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
<sup>2</sup> M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
<sup>1</sup> M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
<sup>1</sup> M. Saliou	DIOP	Hématologie
<sup>1</sup> M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
<sup>3</sup> Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
<sup>1</sup> M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
<sup>2</sup> M. Kobor	DIOUMA	Physique
<sup>1</sup> M. Mamadou	FALL	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
<sup>3</sup> M. Adama	KANE	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Modou Oumy	KANE	Physiologie

<sup>3</sup> M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
<sup>4</sup> M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
<sup>1</sup> M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
<sup>1</sup> M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
<sup>1</sup> Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
<sup>1</sup> M. Oumar	NDOYE	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
<sup>1</sup> M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
<sup>1</sup> Mme Anna	SARR	Médecine interne
<sup>1</sup> M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
<sup>1</sup> M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
<sup>5</sup> M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

### **PROFESSEURS ASSIMILES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> Mme Marie Louis	BASSENE	Hépatogastro-entérologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
<sup>1</sup> M. William	DIATTA	Botanique

<sup>1</sup> M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
<sup>1</sup> Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
<sup>1</sup> M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
<sup>8</sup> Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
<sup>1</sup> Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
<sup>3</sup> M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
<sup>8</sup> Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
<sup>1</sup> M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

### **MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>2</sup> M. Magatte	CAMARA	Chimie
<sup>2</sup> Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
<sup>1</sup> M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
<sup>2</sup> M. Abel	DIATTA	Informatique
<sup>1</sup> Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Demba	DIEDHIOU	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>2</sup> M. Babacar	DIOP	Anglais

<sup>1</sup> M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
<sup>1</sup> M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Doudou	DIOUF	Oncologie
<sup>1</sup> Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
<sup>2</sup> Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
<sup>1</sup> M. Aly Mbara	KA	Ophthalmologie
<sup>2</sup> M. Clément	MANGA	Mathématiques
<sup>2</sup> M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
<sup>6</sup> M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
<sup>2</sup> M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
<sup>2</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
<sup>1</sup> Mme Sokhna	SECK	Psychologie
<sup>1</sup> M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
<sup>2</sup> M. Moustapha	THIAM	Physique
<sup>2</sup> M. Modou	TINE	Physique
<sup>1</sup> M. Aminata	TOURE	Toxicologie



## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> Mme Fatimata	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
<sup>1</sup> M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
<sup>3</sup> M. Amadou Cambel	DIENG	Management
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université de Thiès

◆ Associé

### III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université de Thiès

◆ Associé

# **DÉDICACES**

## ***Jn memoriam***

***À*** mon père Abdoulaye GUEYE

Si je pouvais écrire une histoire, ce serait la plus belle histoire jamais racontée d'un père gentil, humble, et aimant qui avait un cœur d'or.

Depuis ma tendre enfance, vous êtes mon plus fort repère.

Un être unique et magnifique, le meilleur des pères.

J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi.

Merci pour ce que vous avez été pour moi.

Cet œuvre est le fruit de vos efforts. Les efforts d'un homme décidé à aller toujours plus loin dans l'honnêteté, la franchise et la croyance.

***À*** ma mère Fadama KANE

J'aurais aimé vous voir ce jour à mes côtés, mais le destin dans sa fatalité a en voulu autrement. Elle était ma meilleure amie ma conseillère et ma confidente. Sa plus grande qualité était de m'encourager à tirer le meilleur de chaque chose et à affronter les problèmes frontalement. C'était une femme fière et forte qui croyait qu'il n'avait aucun obstacle assez haut qui ne pouvait être surmonté sans courage et déterminations. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour. Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur ensemble et de t'exprimer tout mon respect. Cet œuvre est le fruit de vos efforts.

***À*** mes grands-parents : Maguette DIOP, Abdoulaye DIOP, Dame KANE

***À*** mon homonyme Mory KANE

***À*** mes grands frères et grandes sœurs que je ne connais pas

**À** ma sœur Adama BEYE

**À** ma tante Ndoumbé KANE

Que le salut soit sur vous, qu'Allah vous accorde sa grâce et a tous ceux qui vont vous suivre.

**Au** nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Louange à ALLAH, Seigneur de l'univers. Que la paix et la miséricorde d'ALLAH soient sur le prophète Mohamed. Je remercie ALLAH de m'avoir donné la longévité, la santé et le courage de mener à bien ce travail et pour m'avoir fait voir ce jour si important. Qu'Allah guide davantage mes pas sur le droit chemin.

Allah fait nous la faveur d'accorder une meilleure santé et une guérison à toutes les personnes qui passent entre nos mains, accorde-nous un cœur qui supporte l'être humain quel que soit sa condition et sa présentation.

**À** ma patrie, le Sénégal Chère patrie, tu m'as vu naître et éduquer pour devenir ce que je suis aujourd'hui en me donnant une formation de base et universitaire de haut niveau. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir te servir avec loyauté et dévouement.

## ***JE DÉDIE CE TRAVAIL***

### **À mes oncles : Ibrahima DIOP et Cheikh KANE**

Par votre courage, votre sagesse et votre dévouement, vous nous avez entourés d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté consolation et réconfort. Vous n'avez jamais cessé un instant de vous soucier de notre avenir par vos multiples conseils et surtout par vos bénédictions. Les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que vous avez endurés pour nous élever. Vous avez su nous inculquer les valeurs et les règles de la bonne conduite, de la dignité, de la sagesse et du respect de l'être humain. Ce modeste travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et mon bien-être. Que Dieu le Tout-Puissant vous accorde une bonne santé, une longue vie à nos côtés pendant longtemps.

### **À mon tuteur et oncle : El hadji BEYE**

Je me souviendrai toujours de mon premier jour à Ziguinchor où arrivé avec toutes mes valises, vous êtes venu me chercher à rond Béllaly m'avez accueilli chez vous et pris sous votre aile. Vous étiez à la fois tuteur, père, conseiller, confident et ami. Des années sont passées pourtant je sais que je peux toujours compter sur vous, merci à vous et à vos épouses pour la famille que vous m'avez offerte à Ziguinchor qu'Allah vous récompense pour cela.

### **À mes grands frères : Mbaye GUEYE, Modou GUEYE**

Vous êtes les bougies de mon existence, toujours à mes côtés pour illuminer ma voie et mon parcours, votre soutien et amour étaient le pilier de ma réussite, à ceux qui m'ont énormément aidée et à qui je témoigne mon affection et ma profonde reconnaissance. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

**À mes frères et sœurs** : Modou GUEYE, Saliou GUEYE, Mbarka GUEYE, Fallou GUEYE, Assane GUEYE

Votre amour, votre respect ne m'ont jamais fait défaut. Vous m'avez donné le goût à la fraternité. Votre soutien moral et matériel m'a beaucoup servi tout au long de mes études. Puisse Dieu le tout puissant nous donner longue vie et une bonne santé. Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlables. Bon courage et bonne continuation à vous tous, ce travail est aussi le vôtre.

**À mes très chers Oncles** : Moda DIOP, Abdoulaye DIOP, Médoune KANE, Madické KANE Chers oncles, vous nous avez nourris, habillés, éduqués, ... je ne pourrais énumérer tous les bienfaits que vous avez faits et continuer de faire pour ma mère ainsi que ma fratrie. Aujourd'hui, il m'est donné l'occasion de porter la voix de toute une famille pour vous dire merci au fond du cœur.

Votre soutien moral et matériel, ainsi que vos prières n'ont jamais cessé de m'accompagner. Qu'Allah vous garde encore longtemps en bonne santé.

**À mes tantes** : Mbéne KANE, Bity KANE, Ndeye KANE, Mbayang BEYE, Mame Penda DIENG, Ndeye DIENG, Oumou DIOP, Fatou DIOP, Coumba DIOP, Dior DIOP, Ce travail est le fruit de vos remarques pertinentes et de vos bénédictions qui n'ont jamais manqué, recevez ici toute ma reconnaissance.

**À ma grande sœur et tante** : Mame Diarra FALL

Tu m'as toujours entouré d'une grande affection, et tu as été toujours pour moi un grand support dans mes moments difficiles. Sans tes prières, ta générosité et ton dévouement, je n'aurai pu surmonter le stress de ces longues années d'étude. Je vous dois un grand respect. Je t'aime très fort. J'ai de la chance de t'avoir dans ma vie. Qu'Allah vous garde encore longtemps en bonne santé.

**À mes cousines chéries :** Dial DIOP, Adama DIOP, Ndeye DIOP, Mbéyé DIOP, Khady GAYE, Maiye DIOP Merci de vous inquiéter pour moi, de vous soucier de mon avenir. Que le tout puissant vous laisse le plus longtemps possible à mes côtés. Puissiez-vous trouver à travers ces lignes tout l'amour que je te porte. Je vous adore mes chéries.

**À mes cousins et cousines :** Mbayang DIOP, Aissa DIOP, Mame Diarra DIOP, Sokhna Khady DIOP, Mamadou Diop, Modou DIOP ; El hadji DIOP, Serigne DIOP, Abdoulaye BEYE... Je vous remercie beaucoup de votre attachement. Que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours. Que le tout puissant vous donne longue vie en bonne santé.

**À ma cousine** Sokhna Diarra DIOP DIAGNE, le privilège m'est donné de vous manifester toute ma reconnaissance. Vous n'avez jamais cessé de m'encourager et de prier pour moi. Vous êtes toujours présent pour m'écouter, me reconforter et me montrer le droit chemin. Vos prières et votre bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Vous avez toujours été un exemple pour moi, vous m'avez poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends, et m'avez transmis cette rage de vaincre et la faim du savoir. Tu avais l'habitude de me dire « tu n'as pas droit à l'échec » oui aujourd'hui nous avons réussi ma chère sœur. Je vous souhaite une longue vie et un bon ménage auprès de monsieur DIAGNE

**À mes neveux et nièces :** Ndiaga MBENGUE.... Je ne vous remercierai jamais assez de tout l'amour et le respect que vous avez témoigné envers ma personne. Comptez sur mes conseils et mon soutien.



**À ma future femme** : ma plus belle rencontre merci pour toute cette positivité que tu apportes à ma vie. Merci pour toutes les fois où c'était difficile et que tu étais là. Et surtout merci pour ton humour qui égaie ma vie, tu es cette personne qui me fait sourire même quand j'ai envie de pleurer et pour cela je te suis reconnaissante et te dis merci du fond du cœur. Puisse Dieu nous accorder une longue vie, un bon ménage dans un futur proche et de merveilleux enfants. Je t'aime énormément mon amour.

**À mes grands et petits frère** : Amdy DIENG, Mamadou DIOP, Ndiaya DIOP, Assane DIOP, Macoumba DIOP, Mouhamed DIOP, Cheikh BEYE Votre soutien moral et matériel m'a beaucoup servi tout au long de mes études. Qu'Allah vous accorde une longue vie.

**À mon Frère et ami : Dr Yoro DIAGNE** Mon ami, mon frère de galère pendant mon séjour à Ourossogui pour les stages ruraux. Aucune dédicace ne pourrait être à la hauteur de l'admiration, du respect et de l'amour que je te porte. Je me souviens des moments de bonheur passés ensemble. Cher frère, trouve ici l'expression de mes sincères remerciements.

**À mon Ami et grand frères : Dr Ibrahima BEYE** tu as été un ami depuis l'enfance, un frère, un confident et tu continu de l'être merci pour le soutien moral et matériel. Aucune dédicace ne pourrait être à la hauteur de l'admiration, et du respect que je te porte.

**À ma petite famille « RADISON HOUSE »** : Khady NDAO, Maimouna NDIAYE, Boubacar COLY, Djiby Diagne SAMBOU, Wouly KEITA, Mayé Thioro DIOUF, Madame SOW, Marieme DIA, Ndeye SECK. En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression

de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.

**À ma chère petite sœur Khady NDAO** Merci pour ton intégrité, ta franchise et ta loyauté. Veuillez trouver dans ce document l'expression de ma plus haute considération.

**À mes amis et frères de la médecine : Birame SOCE, Demba DIOUF, Chérif DIOP** Nulle dédicace ne saurait exprimer mon estime et mon profond amour. Vos sacrifices inoubliables, vos encouragements m'ont permis de concrétiser mes objectifs. Les phrases me manquent en ce moment pour vous exprimer ma grande reconnaissance et mon admiration profonde.

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais.

**À ma chère amie et sœur Marième Bocar ANNE :**

Je ne peux pas trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, tu es pour moi une amie et une sœur sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments et années que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

**À ma très chère amie et grande sœur Félizmina MENDES :** Une grande sœur que la médecine m'a offerte, une personne spéciale. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements, et affection. J'espère que vous retrouvez dans la dédicace de ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

**À mes très chères amies et amis :** Dr Khadidiatou DIALLO, Dr Maguette Aicha NDIAYE, Dr Astou FAYE, Serigne massamba DIENG, El hadji Macoumba BALDE, Abdou BOMOU, Nicarette, Adama KEBE, El hadj Daour TEW, Khady gueye DIAGNE, Mactar LO.... Vous êtes toujours pour moi des frères et sœurs bien aimés que j'apprécie énormément. Que tous vos rêves soient réalisés et que rien ne vous manque. Je vous aime.

**À mes amies de SLAM : Ndeye Seynabou DIA, Maimouna LY**

Les moments passés avec vous ont été les meilleurs de ma vie. Je vous dédie ce travail en guise de reconnaissance.

**À la famille médicale**

À tous mes frères et sœurs de la troisième promotion, ceux avec qui j'ai débuté cette grande aventure et partagé des moments forts, Qu'Allah vous garde toujours.

**À mes Maîtres formateurs :**

J'adresse également mes remerciements, à tous mes enseignants de l'UFR santé de Ziguinchor, qui m'ont donné les bases de la médecine et dont les sages conseils m'ont poussé à surpasser toutes difficultés et à finir cette formation. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude et énorme respect pour votre soutien, encouragements, disponibilités, efforts, sacrifices et affection.

**Au Dr DIONE madame DIOUF,** modeste, courtoise et respectueuse ; plus qu'un maître, vous êtes une amie, une grande sœur. Vous qui m'avez tant aidé tout au long de ce travail, vous avez été un soutien infaillible dans l'élaboration de ce document. Vos conseils, votre soutien moral et matériel n'ont jamais cessé de m'accompagner. Trouve ici, chère Maître l'expression de mes remerciements les plus sincères.

**À** toute l'équipe SAU d'Ourossogui (Dr KOKOU, Dr Ndiaye DIOP, Dr MBENGUE, Dr FOFANA, Dr DIONOU, Major DIALLO, Babacar Ngor SENE, Ndeye Ndiabo NDIAYE (sama goro), Marie Claire, Adja MALE, Aldiouma NDOUR (Borom café toubà), Ndeye astou, Jacqueline (madame toxique), Marieme DEMBELE, Selly SY, Tonton LY) : Ma période de stage dans votre service a été l'un des plus beaux stages hospitaliers que j'ai eu à effectuer. Autant que vous êtes, vous aviez eu un impact positif dans ma vie. Vous êtes des personnes adorables, simples et humbles. Veuillez trouver dans ce document tout l'attachement que je vous porte. Soyez rassurés de mes sincères reconnaissances. Que Dieu vous préserve.

**Au** Directeur du CHRO Dr Ousmane GUEYE et sa femme Madame GUEYE, Dr Kara GAYE et sa femme madame GAYE, Major Oumar NDIAYE et sa femme madame NDIAYE, Les mots me manquent et je ne saurais exprimer tout l'amour et la reconnaissance que je vous porte. Vous m'avez adopté de la plus belle des manières depuis le premier jour. Mon stage à Ourossogui a été merveilleux grâce à vous.

Puisez-vous trouver dans ce document l'expression de ma plus grande reconnaissance mes chers.

**À** mes chers aînés et amis : Philomène Aissatou DIDHIOU, Taibou Balia DIALLO, Dr Aladji THIAM, Dr Zeynab, Dr Mariém AW, Dr El hadji FALL, Dr MARSHALL... vous avez été des compagnons de parcours pour moi, vous n'avez jamais tari de conseils, de soutien, d'affection et de sympathie pour moi. Ce travail reflète tout votre effort, je ne vous oublierai jamais.

**À** toute l'équipe SAU de l'HPZ

**À toute l'équipe de la médecine de l'HPZ**

**À toute l'équipe de la pédiatrie l'HPZ**

**À toute l'équipe de la chirurgie de l'HPZ**

**À toute l'équipe de la réanimation de l'HPZ**

**À toute l'équipe de la dermatologie de l'HRZ**

**À toute l'équipe SAU de l'HRZ**

**À toute l'équipe médicale du CROUS/Z**

**À mes enseignants de l'élémentaire, collège et lycée : Mr Magaye GUEYE, Mr NDIAYE et tous ceux qui se reconnaissent ici. Vous êtes plus que des maîtres pour moi.**

# **REMERCIEMENTS**

***J'ADRESSE MES REMERCIEMENTS LES PLUS CHALEUREUX***

**À** mon Directeur de thèse, Pr Boubacar Ahy DIATTA, je ne vous remercierai jamais assez

**Au** professeur Noël Magloire MANGA pour ses précieux conseils et ses encouragements

**Aux** docteurs DIONE, Ibrahima BEYE

**À** mes tontons El Hadji BEYE, Cheikh KANE et Ibrahima DIOP pour votre soutien moral et matériel

**À** mes frères Mbaye GUEYE et Modou GUEYE pour votre soutien moral et matériel

**À** ma future épouse

**À** tout le personnel de l'UFR SS de l'UASZ

**À** tout le personnel du Centre hospitalier régional de Ziguinchor

**À** tout le personnel de l'hôpital de la paix de Ziguinchor

**À** tout le personnel du centre de santé de Silence de Ziguinchor

**À** tout le personnel du Centre hospitalier régional de Ourossogui

**À** tout le personnel de l'hôpital régional de Saint-Louis

**À** tout le personnel du service médical de l'université Assane Seck de Ziguinchor

**À** toutes les promotions de l'UFR SS de l'UASZ

**Aux** associations : AERRSL/Zig ...

Je suis reconnaissant envers tout un chacun pour chaque encouragement, pour chaque sourire, pour chaque réconfort, pour cette chaleur humaine que vous me prodiguez. Que Dieu vous récompense tous.



# **À NOS MAÎTRES ET JUGES**

*À notre Maître et Président de jury,*

*Monsieur Le Professeur Noel Magloire MANGA*

Cher Maître, en présidant ce jury, vous nous faites un grand honneur. Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre enseignement de qualité et de votre sagesse. Vous êtes un homme de science rigoureux et pointilleux. Votre ardeur au travail, votre grande culture et votre très grande compétence méritent admiration. Ces qualités justifient les nombreuses sollicitations dont vous faites l'objet de la part des étudiants. Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde gratitude et de notre profonde estime. Qu'Allah vous rétribue votre générosité et vous garde en bonne santé.

*À notre Maître et Juge,*

*Monsieur Le Professeur Ansoumana DIATTA*

Cher Maître, vous nous faites honneur aujourd'hui en acceptant de siéger dans ce jury malgré votre emploi du temps chargé, ceci témoigne encore une fois de l'importance que vous accordez à la formation des médecins, de vos grandes qualités humaines et professionnelles dont nous avons le privilège de bénéficier en ce jour. Permettez-nous cher maître de vous remercier chaleureusement et de vous témoigner notre gratitude, notre respect et notre reconnaissance. Qu'Allah vous rétribue votre générosité et vous garde en bonne santé.

*À notre Maître, Juge et Directeur de thèse,  
Monsieur Le Professeur Boubacar Ahy DIATTA*

Cher Maître, nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Fier de vous avoir comme directeur, recevez notre gratitude pour votre encadrement sans faille, votre accessibilité, votre dynamisme, votre rigueur scientifique, vos grandes qualités humaines et professionnelles et votre engagement pendant toute la période de rédaction de ce travail, ce qui nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Je ne vous remercierai jamais assez pour vos encouragements, vos mails, appels et messages pour nous exhorter au travail. Toujours prêt à recevoir nos travaux pour une correction et à répondre à nos inquiétudes sans délai. J'espère mener d'autres travaux sous votre tutelle. Le souci constant d'un travail bien fait, la patience et la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez. Votre abnégation associée à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre. Veuillez recevoir cher maître le témoignage de notre profond respect, de notre reconnaissance. Qu'Allah vous rétribue votre bonté, et vous garde longtemps pour faire profiter de votre expérience aux autres générations.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ADO</b>	: Antidiabétique oral
<b>ADP</b>	: Adénopathie
<b>AINS</b>	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
<b>Amox–Ac clav</b>	: Amoxicilline–Acide clavulanique
<b>ASD</b>	: Antistreptodornase
<b>ASH</b>	: Antistreptohyaluronidase
<b>ASK</b>	: Antistreptokinase
<b>ASLO</b>	: Antistreptolysine O
<b>AVK</b>	: Antivitamine K
<b>CDVA</b>	: Centre de dépistage volontaire et anonyme
<b>CHAN</b>	: Centre hospitalier Abass Ndao
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>CIVD</b>	: Coagulation intravasculaire disséminée
<b>CRP</b>	: C réactive protéine
<b>DA</b>	: Dépigmentation artificielle
<b>DHB</b>	: Dermohypodermite bactérienne
<b>DHBN</b>	: Dermohypodermite bactérienne nécrosante
<b>DHBNN</b>	: Dermohypodermite bactérienne non nécrosante
<b>ECG</b>	: Électrocardiogramme
<b>FN</b>	: Fasciite nécrosante
<b>HVG</b>	: Hypertrophie ventriculaire gauche
<b>BBD</b>	: Bloc de branche droit
<b>HBA</b>	: Hypertrophie biauriculaire
<b>BAV</b>	: Bloc auriculo ventriculaire
<b>TACFA</b>	: Tachyarythmie complète par fibrillation auriculaire
<b>HTAP</b>	: Hypertension artérielle pulmonaire

<b>HAG</b>	: Hypertrophie auriculaire gauche
<b>HALD</b>	: Hôpital Aristide Le Dantec
<b>HAS</b>	: Haute Autorité de santé
<b>HBPM</b>	: Héparine de bas poids moléculaire
<b>HPZ</b>	: Hôpital de la paix de Ziguinchor
<b>HRZ</b>	: Hôpital régional de Ziguinchor
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IC 95 %</b>	: Intervalle de confiance à 95 %
<b>IDSA</b>	: Infectious Diseases Society of America
<b>IM</b>	: Intramusculaire
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporelle
<b>IRM</b>	: Imagerie par résonance magnétique
<b>IV</b>	: Intraveineuse
<b>NFS</b>	: Numération formule sanguine
<b>OR</b>	: Odds ratio
<b>ORL</b>	: Otorhinolaryngologie
<b>C3G</b>	: Céphalosporine de troisième génération
<b>PCR</b>	: Polymérase chaîne réaction
<b>PG</b>	: Pyoderma gangrenosum
<b>PO</b>	: Per os
<b>TNF <math>\alpha</math></b>	: Tumor Necrosis factor $\alpha$
<b>SBHA</b>	: Streptocoque bêtahémolytique du groupe A
<b>SFD</b>	: Société française de dermatologie
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SPILF</b>	: Société de pathologie infectieuse de langue française
<b>CNAM</b>	: Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
<b>SRV</b>	: Sérologie rétrovirale
<b>VS</b>	: Vitesse de Sédimentation

# LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Étapes physiopathologiques et support de virulence dans les érysipèles dus à Streptococcus pyogenes .....	9
Tableau I : Facteurs de virulence du SBHA Adhésines .....	11
Figure 2 : Induction d'auto-anticorps des exotoxines super-antigéniques .....	12
Figure 3 : Fixation conjointe du super-antigène au CMHII et au TCR(Vb) .....	12
Figure 4 : La région de Ziguinchor .....	36
Figure 5 : Répartition de la population selon le sexe .....	42
Figure 6 : Répartition des groupes selon la tranche d'âge .....	43
Figure 7 : Répartition en fonction du statut matrimonial. ....	45
Figure 8 : Répartition des cas selon le secteur d'activité professionnelle.....	47
Figure 9 : Érysipèle bulleux de la jambe chez une patiente de la cinquantaine à porte d'entrée un intertrigo interorteil (Dermatologie HPZ) .....	51
Figure 10 : Dermohypodermite nécrosante de la jambe chez une patiente (Dermatologie HPZ) .....	52
Figure 11 : Fasciite nécrosante du pied chez une patiente de la quarantaine (Dermatologie HPZ) .....	53
Figure 12 : Intertrigo inter orteil du pied (Dermatologie HPZ) .....	55

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Facteurs de virulence du SBHA Adhésines .....	11
Tableau II : Département de Ziguinchor .....	35
Tableau III : Répartition des groupes selon l'ethnie .....	44
Tableau IV : Répartition de la population selon le lieu de résidence.....	44
Tableau V : Répartition de la population selon la profession .....	46
Tableau VI : Répartition selon le niveau économique .....	48
Tableau VII : Répartition de la population selon le niveau économique .....	48
Tableau VIII : Répartition de la population selon la prise en charge initiale.....	49
Tableau IX : Répartition en fonction de la porte d'entrée.....	54
Tableau X : Les différents antibiotiques .....	58
Tableau XI : Corrélation entre le sexe et le type de DHB.....	60
Tableau XII : La corrélation entre la dépigmentation artificielle et le type de DHB.....	61
Tableau XIII : La corrélation entre l'utilisation d'AINS et le type de DHB .....	62
Tableau XIV : Type de DHB et facteurs généraux .....	62



# TABLEAUX DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
I. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	5
I.1. Prévalence et incidence.....	5
I.1.1. Dans le monde.....	5
I.1.2. En Afrique.....	5
I.1.3. Au Sénégal.....	6
I.2. Âge et sexe.....	6
II. PHYSIOPATHOLOGIE.....	8
II.1. Facteurs de virulence bactérienne.....	8
II.2. Facteurs liés à l'hôte.....	13
III. FORMES CLINIQUES.....	16
III.1. Forme typique : DHB non nécrosante aiguë de la jambe.....	16
III.1.1. Clinique.....	16
III.1.2. Examens complémentaires.....	16
III.1.3. Évolution.....	17
III.2. Autres formes cliniques.....	19
III.2.1. Formes symptomatiques.....	19
III.2.1.1. Forme bulleuse ou érysipèle bulleux.....	19
III.2.1.2. Forme subaiguë.....	19
III.2.1.3. Forme frustrée.....	20
III.2.2. Formes topographiques.....	20
III.2.2.1. Forme à localisation faciale.....	20
III.2.2.2. Forme à localisation fessière.....	20
III.2.2.3. Forme du membre supérieur.....	20
III.2.2.4. Forme du lobule de l'oreille.....	21
III.2.3. Forme nécrosante : dermo-hypodermite nécrosante.....	21
III.2.4. Les formes étiologiques.....	23
IV. TRAITEMENT.....	25
IV.1. Traitement curatif.....	25
IV.1.1. Buts.....	25
IV.1.2. Moyens.....	25

IV.1.2.1. Mesures hygiéniques .....	25
IV.1.2.2. Moyens médicamenteux.....	25
IV.1.2.3. Moyens physiques.....	27
IV.1.2.4. Traitement associé.....	27
IV.1.2.5. Traitement chirurgical .....	29
IV.1.3. Indications.....	29
IV.1.3.1. Dermohypodermite non nécrosante.....	30
IV.1.3.2. Dermohypodermite nécrosante.....	30
IV.2. Traitement préventif.....	31
IV.2.1. Prévention primaire.....	31
IV.2.2. Prévention secondaire .....	31
IV.2.3. Prévention tertiaire .....	32
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE .....	33
I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	34
II. PATIENTS ET MÉTHODES .....	34
II.1. Cadre d'étude.....	34
II.2. Type et période d'étude .....	39
II.3. Population étudiée .....	39
II.4. Recueil et collecte de données.....	40
II.5. Analyse de données .....	40
II.6. Aspects éthiques .....	41
III. RÉSULTATS .....	42
III.1. Analyse univariée.....	42
III.1.1. Épidémiologie .....	42
III.1.1.1. Fréquence hospitalière.....	42
III.1.1.2. Répartition de la population selon le sexe.....	42
III.1.1.3 Répartition de la population selon l'âge.....	43
III.1.1.4 Répartition selon l'ethnie .....	43
III.1.1.5. Répartition selon le lieu de résidence .....	44
III.1.1.6. Répartition selon la situation matrimoniale .....	44
III.1.1.7 Répartition selon la profession .....	45
III.1.1.8 Répartition selon le secteur d'activité.....	46
III.1.1.9 Répartition selon le niveau économique.....	47

III.1.1.10 Répartition selon le niveau d'étude .....	48
III.1.2. Aspects cliniques.....	48
III.1.2.1 Délai de consultation.....	48
III.1.2.2 Itinéraire thérapeutique.....	48
III.1.2.3. Antécédents .....	49
III.1.2.4. Signes généraux .....	50
III.1.2.5. Formes cliniques.....	50
III.1.2.6. Facteurs de risques locaux.....	54
III.1.2.7. Facteurs régionaux .....	55
III.1.2.8. Facteurs généraux.....	55
III.1.2.9. Examens complémentaires .....	56
III.1.2.9.1. Biologie .....	56
III.1.2.9.2. Biochimique.....	56
III.1.2.9.3. Bactériologie.....	56
III.1.2.9.4. Imagerie.....	57
III.1.3. Aspects thérapeutiques .....	58
III.1.4. Aspects évolutifs .....	59
III.2. Analyse multivariée.....	60
III.2.1. Type de DHB et sexe .....	60
III.2.2. Type de DHB et la tranche d'âge .....	61
III.2.3. Dépigmentation artificielle et type de DHB .....	61
III.2.4. Traitement traditionnel et type de DHB .....	61
III.2.5. Prise d'AINS et type de DHB.....	61
III.2.6. Type de DHB et facteurs généraux .....	62
IV. DISCUSSION .....	63
IV.1. Biais et limites.....	63
IV.2. Aspects épidémiologiques.....	64
IV.3. Aspects cliniques.....	65
IV.4. Aspects thérapeutiques.....	68
IV.5. Aspects évolutifs .....	69
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	70
RÉFÉRENCES.....	77
ANNEXES .....	84

# **INTRODUCTION**

Les dermohypodermites bactériennes constituent l'ensemble des infections primitives aiguës, plus rarement subaiguës touchant le tissu dermohypodermique et dont l'étiologie bactérienne est dominée par le streptocoque bêta-hémolytique notamment du groupe A [9]. Il existe trois formes de dermohypodermites que sont la forme non nécrosante, la forme nécrosante sans fasciite nécrosante et la fasciite nécrosante [3].

L'érysipèle (ou dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante, DHBNN) est une infection bactérienne aiguë du derme et de l'hypoderme responsable d'une inflammation locale associée à des signes généraux [1,2,8].

Les dermohypodermites nécrosantes (DHBN) sont des infections bactériennes aiguës nécrosantes des couches profondes de la peau (derme et/ou hypoderme) par des bactéries aérobies ou anaérobies de topographie et de microbiologie variées [4].

La fasciite nécrosante est une infection due à des germes aérobie et anaérobie dits « mangeurs de chair » qui touche les tissus sous-cutanés et le fascia profond [18]. Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) est le germe le plus fréquemment en cause, mais une association polymicrobienne est fréquemment notée [4,9].

Le problème reste encore compliqué du fait que la preuve bactériologique est difficile à obtenir en pratique [4,9].

Plusieurs publications occidentales [6,7] et africaines [3,8,9] ont noté une nette recrudescence de ces infections dermohypodermiques particulièrement l'érysipèle. Selon certains auteurs [4,8,9] cette recrudescence serait liée à l'augmentation des facteurs de risque qu'ils soient locorégionaux (porte d'entrée, anomalies vasculaires) et généraux (hypertension artérielle, diabète, obésité, dyslipidémie, tabagisme, éthylisme, dépigmentation artificielle).

Au Sénégal, Diedhiou et Diatta avaient rapporté que ces DHB étaient le premier motif d'hospitalisation dans les services de médecine interne de Dakar [4,9].

L'identification de ces facteurs de risque est fondamentale, car leur prise en charge permet d'améliorer le pronostic des malades présentant une DHB.

Aucune étude n'a été menée à Ziguinchor. C'est dans cette optique que nous avons jugé opportun de réaliser ce travail avec comme principal objectif de déterminer le profil épidémiologique clinique, thérapeutique et évolutif des dermohypodermes bactériennes en milieu hospitalier à Ziguinchor.

Les objectifs spécifiques de notre étude sont les suivants :

- décrire le profil épidémiologique des patients présentant une DHB ;
- décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients ;
- identifier les facteurs de risque de survenue des DHB.

Le plan que nous adopterons est le suivant :

Dans une première partie, nous ferons une revue de la littérature sur les DHB et dans une deuxième partie, nous exposerons notre méthodologie avant de présenter nos résultats et de les discuter. Enfin, nous livrerons nos conclusions et proposerons nos recommandations.

# **PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

# **I. ÉPIDÉMIOLOGIE**

## **I.1. Prévalence et incidence**

### **I.1.1. Dans le monde**

En France, il s'agit d'une infection rare dont l'incidence est estimée 4,8 patients/million d'habitants/an (population française de 65,7 millions en 2012) [10].

Le recensement des cas dans la population générale à partir de registres a pu permettre d'estimer l'incidence de l'érysipèle à 10/10 000 personnes/année en Norvège [11].

Aux Pays-Bas, l'estimation de l'incidence de DHBNN concorde avec celle en France : 180 cas pour 100 000 habitants par an [13].

Aux États-Unis, en 2010, une incidence de 600 à 1 200 cas par an a été révélée par le CDC Atlanta (Center for Disease Control). On a estimé que les FN ont une incidence d'environ 0,4/100 000 habitants, avec un net accroissement après 50 ans [13].

Une étude canadienne de cohorte a inclus 77 cas en 4 ans [14].

### **I.1.2. En Afrique**

Lenga-Loumingou et al., dans étude hospitalière rétrospective à recueil prospectif réalisée dans le service de Dermatologie du CHU de Brazzaville en 4 ans, avaient rapporté 118 présentaient un érysipèle ou une dermohypodermite nécrosante et 16 une fasciite nécrosante avec myonécrose dans deux cas [14].

Kanouté A., dans une étude cas-témoins dans le service de dermatologie du CNAM qui représente le seul centre de référence dermatologique de la capitale du Mali (Bamako), avait rapporté 97 cas d'érysipèle [8].

Souad H., dans une étude rétrospective et descriptive dans le service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès sur une période de 06 ans, avait rapporté 113 cas d'érysipèle [2].



### **I.1.3. Au Sénégal**

Au Sénégal, une étude rétrospective faite par Diallo et al., basée sur les dossiers des patients admis pour une DHB dans le service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec, avait permis de colliger 456 cas de DHB sur une période de 30 ans allant de 1982 à 2010 [43].

Diedhiou D., dans une étude rétrospective dans le service de médecine interne de la Clinique Médicale II du Centre Hospitalier Abass Ndao (Dakar), avait rapporté 70,1 % de dermohypodermite aiguës non nécrosantes et 29,9 % nécrosantes, dont une fasciite nécrosante dans 12,3 % des cas sur une période de 05 ans [3].

Hemmam K., dans une étude rétrospective dans la clinique d'orthopédie et traumatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec, avait rapporté 32 cas de dermohypodermite bactérienne et de fasciite nécrosante sur une période de 04 ans [16].

En 2013, Diatta, dans une étude cas-témoins dans les quatre hôpitaux dakarois, avait rapporté 150 cas de dermohypodermite bactérienne sur une période de 03 ans. [9].

Dioussé et al. avaient retrouvé 425 cas de DHB lors d'une étude faite à l'hôpital régional de Thiès sur une période de 9 ans (janvier 2007 à décembre 2015) [42].

### **I.2. Âge et sexe**

En France, la DHBNN touche plutôt les femmes. L'âge moyen est de 60–65 ans [1].

En Tunisie, dans une étude rétrospective analysant tous les cas d'érysipèle du membre inférieur hospitalisés dans le service de dermatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse entre janvier 2000 et décembre 2015 (10 ans), Aounallah A. avait retrouvé une moyenne de 55,82 ans ; le sex-ratio était de 1,51 [52].

Au Congo, dans étude rétrospective à recueil prospectif réalisée sur des dossiers de patients hospitalisés en Dermatologie au CHU de Brazzaville, Loumingou L. avait retrouvé une moyenne de 59 ans, un écart-type de 17,76 et des extrêmes 19 ans et 86 ans. Le sex-ratio homme/femme était de 1 [14].

Au Sénégal, une étude rétrospective faite par Diallo M. et al. à propos de 456 cas sur une période de 30 ans à l'HALD, avait retrouvé un âge moyen de survenue de 40 ans pour les DHBNN et de 45 ans pour les DHBN. Le sex-ratio H/F était de 0,3 pour les DHBNN et de 0,9 pour les DHBN [43]. En 2013, Diatta et al. avaient mené une étude cas-témoins dans 4 centres de référence. Cette étude avait objectivé un sex-ratio de 0,42 et un âge moyen de 51,3 ans (les extrêmes 24 et 82) [9]. Diedhiou D. et al. avaient colligé, lors d'une étude faite au CHAN (Dakar) sur une période de 6 ans, 194 cas avec un sex-ratio H/F de 0,6 et un âge moyen de 57,2 ans [3]. Il s'agit d'une pathologie cutanée rare chez l'enfant avec une prévalence de 3 cas/an rapportée dans l'étude de Dioussé et al. [5].

## **II. PHYSIOPATHOLOGIE**

Les dermohypodermiques bactériennes résulteraient d'un déséquilibre entre les facteurs de virulence de l'agent pathogène et les mécanismes de défense de l'organisme vis-à-vis de ces infections. L'importance de la réaction inflammatoire médiée par les toxines et enzymes bactériens paraît déterminante dans le développement des DHB [9,26,30].

### **II.1. Facteurs de virulence bactérienne**

Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) possède une structure, des enzymes et des résidus du métabolisme qui lui confèrent un certain nombre de propriétés (l'adhérence, l'invasion, la protection contre les défenses de l'hôte, la production de toxines et l'induction d'auto-anticorps). Ces facteurs de virulence contribuent à l'expression de leur pouvoir pathogène [9,25,26] (**figure 1**).

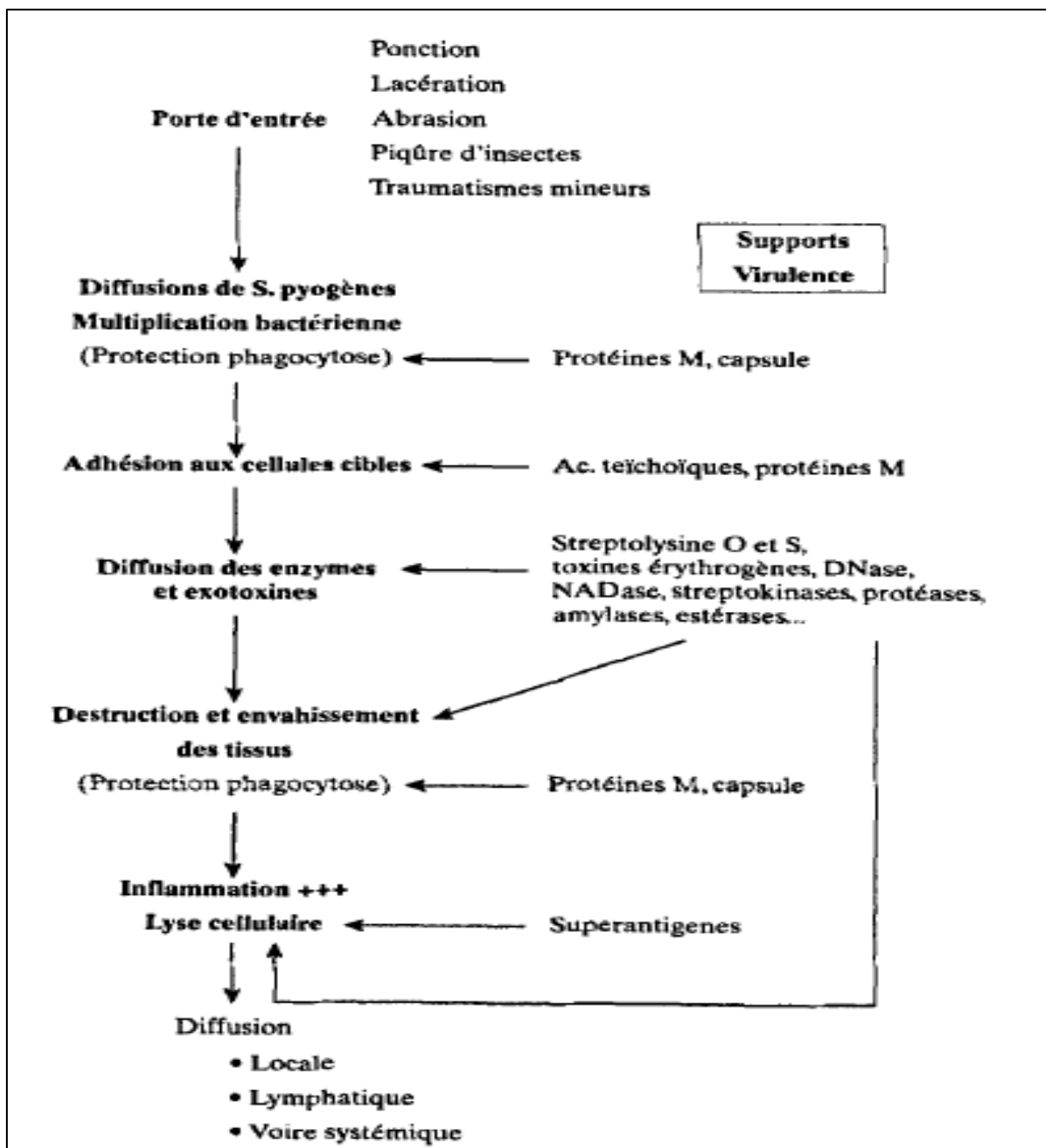


Figure 1 : Étapes physiopathologiques et support de virulence dans les érysipèles dus à *Streptococcus pyogenes* [54]

### ❖ **L'adhérence**

Les facteurs favorisant la colonisation et l'invasion des tissus de l'hôte sont représentés par la capsule et le fimbriae.

L'adhésion se fait par l'intermédiaire des adhésines (capsule, protéine M, acide lipotéchoïque, protéines liant la fibronectine) [9,26,29,30].

La capsule (acide hyaluronique) est un support variable en fonction des souches, mais il existe une association entre le degré d'encapsulation et la résistance à la phagocytose qui confère une certaine virulence à la bactérie. Seules 21 % des souches seront à l'origine d'infections sévères [9,26,30].

La protéine M joue un rôle central dans l'étude de la diversité des SGA et de leur pathogénicité. Elle fut identifiée dès 1927 par R. Lancefield qui démontra qu'elle était à la base de l'immunité acquise spécifique de souche. Cette immunité spécifique est liée à la région N-terminale hypervariable exposée à la face externe de la bactérie. Les méthodes immunologiques classiques permettent de différencier environ 80 sérotypes différents au sein des SGA mais elles sont actuellement remplacées [26] (**Tableau I**).

### ❖ **L'invasion**

L'invasion des cellules épithéliales humaines est rendue possible par la protéine M et la fibronectine (protéine F1). Ces invasines permettent un envahissement des tissus profonds mais abritent surtout la bactérie de la phagocytose, des anticorps humoraux et de l'action des antibiotiques tels que la pénicilline [9,26,30].

### ❖ **La protection contre les défenses de l'hôte**

Elle se fait par trois mécanismes [9,26,30] :

- la résistance à l'opsonisation et à la phagocytose par l'intermédiaire de la capsule, la protéine M et la C5a peptidase ;
- la variabilité antigénique de la protéine M avec des anticorps protecteurs spécifiques du type M ;
- la résistance au complément.

### ❖ La production de toxines

Les toxines et les enzymes hydrolytiques (hyaluronidase, streptolysines O et S, cystéine protéase, streptokinase, DNases et NADase) sont responsables des effets délétères observés chez l'hôte [9,26,30]. Ce sont des produits extracellulaires facilitant l'invasion tissulaire [49].

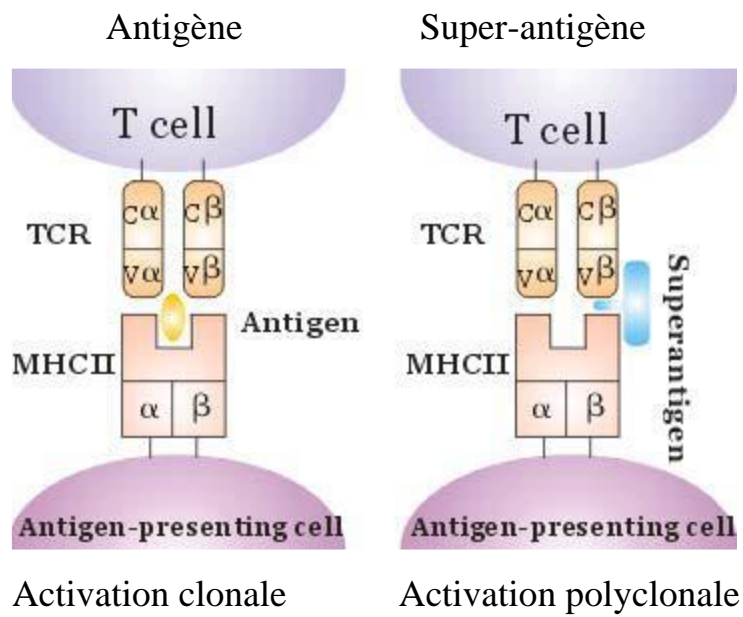
### ❖ L'induction d'auto-anticorps

Les streptocoques BHA peuvent produire un ou plusieurs super-antigènes qui sont de puissants immunostimulateurs. Ils provoquent une activation polyclonale des lymphocytes T ce qui a pour conséquence une augmentation de la sécrétion de cytokines et de médiateurs cellulaires inflammatoires (TNF $\alpha$ , interleukine 1 $\beta$ , interleukine 2, interféron  $\gamma$ ) et d'autre part une activation du complément, de la coagulation et de la cascade fibrinolytique [9,26,30].

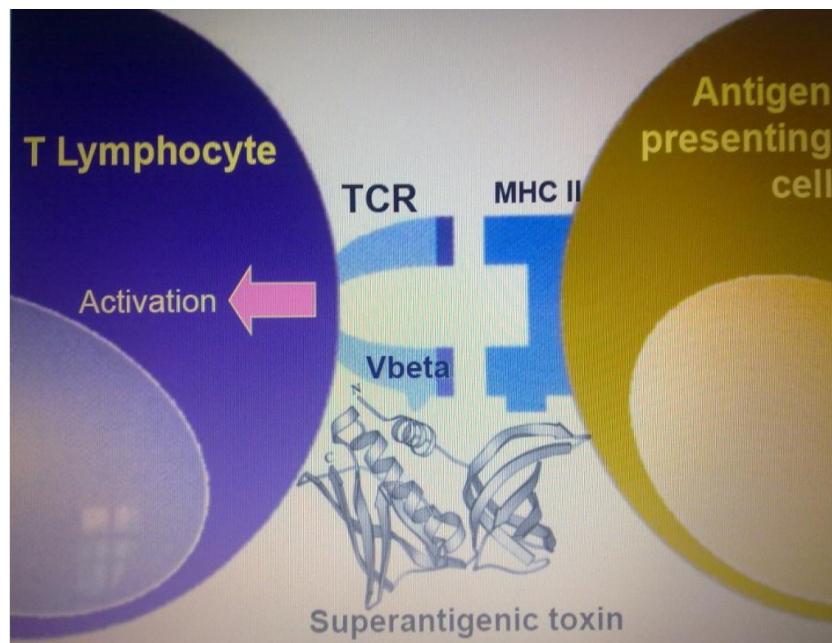
Ces différents facteurs sont à l'origine de l'hypotension artérielle et la défaillance multiviscérale observées dans le syndrome de choc toxique streptococcique [9] (figures 2, 3).

**Tableau I : Facteurs de virulence du SBHA Adhésines [61]**

Adhésines	Récepteurs cellulaires
Acide lipotéchoïque	Cellule épithéliale/fibronectine
Protéine M	Cellule épithéliale/fibronectine
Capsule	Kératinocyte/CD46
Protéines liant la fibronectine (protéines F, <i>Fibronectin-binding proteins</i> )	Kératinocyte/CD46 Cellule épithéliale/fibronectine



**Figure 2 : Induction d'auto-anticorps des exotoxines super-antigéniques [27]**



**Figure 3 : Fixation conjointe du super-antigène au CMHII et au TCR(Vb)**

[60]

## **II.2. Facteurs liés à l'hôte**

### **❖ Les facteurs locorégionaux**

De nombreuses études [9,43,44] ont permis de rechercher ces facteurs locorégionaux dont l'identification est fondamentale dans la prise en charge de cette affection.

#### **➤ La porte d'entrée**

La porte d'entrée la plus souvent retrouvée est l'intertrigo inter-orteil mais les effractions cutanées, les dermatoses excoriées et les plaies post-traumatiques peuvent aussi favoriser la pénétration de l'agent pathogène [9].

#### **➤ Lymphœdème**

La lymphe est un milieu riche en protéines et assure le rôle de drainage des micro-organismes en particulier les bactéries. Les altérations du réseau lymphatique en cas de lymphœdème chronique favorisent une accumulation de protéine de haut poids moléculaire dans le milieu interstitiel avec pour conséquence une fibrose des tissus. Les capacités de drainage se retrouvent aussi compromises engendrant aussi une pullulation microbienne à l'origine d'infection dermohypodermique [21, 26,34]. Les lymphœdèmes sont les conséquences du dysfonctionnement du système lymphatique. Sa prévalence dans la population est estimée à 1/20 000 avant 20 ans avec une nette prédominance chez la femme [20].

La prévalence du lymphœdème au cours des DHB était de 9 % selon l'étude faite par Diallo et al. sur une période de 30 ans [43].

Le lymphœdème était retrouvé dans 22.25 % des cas dans une étude multicentrique faite en Afrique subsaharienne avec un OR = 3,65 et IC 95 % [2,51–5,29] [44].



## ❖ **Les facteurs généraux**

### ➤ **Le Diabète**

Il est un facteur de risque et de gravité des dermohypodermites bactériennes. Il favorise les portes d'entrée notamment les traumatismes minimes par le biais de l'angiopathie et les neuropathies mais aussi l'immunodépression qu'elle engendre est un terrain propice aux infections [51]. Diatta et al. ont répertorié sur 150 cas, 64 cas qui présentent un diabète avec OR 3,7 IC 95 % (2-6,7). Parmi ces patients, les 44 sont connus diabétiques avec une ancienneté moyenne de 8,6 ans (3 mois–19 ans) [9].

### ➤ **L'Hypertension artérielle**

Certaines études nous ont permis de confirmer l'existence d'un lien entre la présence d'un terrain d'HTA ou de cardiopathie et la survenue de DHB [3,9].

Diédhiou et al. avaient rapporté la présence d'une cardiopathie préexistence chez 13,4 % des cas avec un lien significatif ( $p = 0,016$ ) [3].

Diatta et al. avaient noté l'existence d'une HTA dans sa population d'étude avec un OR = 2 et un IC à 95 % = [1–3,4] [9].

### ➤ **Les dyslipidémies**

Agissent de façon indirecte dans la survenue des dermohypodermites bactériennes par le biais de l'athérosclérose. L'augmentation sanguine du LDL-cholestérol favorise une accumulation des lipoprotéines de basse densité au niveau de l'intima à l'origine de la formation de la plaque d'athérome [51].

### ➤ **L'obésité**

Un lien entre obésité et DHB a été élucidé par plusieurs auteurs. L'étude multicentrique de Pitché et al., faite en Afrique subsaharienne, avait trouvé que l'obésité était associée aux DHB avec un OR = 2,82 [44].

- Le tabagisme, le stress, la sédentarité et l'éthylisme sont des facteurs de risques cardiovasculaires qui compromettent la circulation sanguine par le

biais de l'athérosclérose. Ce sont des facteurs de risques indirects des DHB par l'intermédiaire des troubles trophiques [45].

- La dépigmentation artificielle aux dermocorticoïdes.

L'utilisation des produits dépigmentant comme facteurs de risque des DHB est rapportée par plusieurs auteurs en Afrique subsaharienne. C'était le cas dans les études de Diatta avec un OR à 4,3 (IC95 % = [2,1–8,2] ; de Dioussé P. dans 31,8 % des cas avec un lien significatif ( $p = 0.003$ ) [9,43].

#### ➤ **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens**

Le rôle aggravant des AINS a été rapporté dans la littérature, Saka et al. au Togo, Cissé et al. en Guinée, Dioussé et al. au Sénégal [17,43]. Lors d'une étude faite au CHU de Conakry, les facteurs aggravants entre les cas et les témoins étaient représentés par les AINS à côté des décoctions [46]. Lors d'une étude faite au service de Service de chirurgie thoracique CHU/JRA Madagascar, les AINS sont souvent retrouvés comme facteur aggravant. Une étude en pédiatrie a retrouvé un risque relatif à 11 de fasciite lors de l'utilisation d'ibuprofène chez l'enfant lors de varicelle [18].

#### ➤ **Autres immunodépressions**

Les cancers ou les hémopathies, le VIH et les transplantés d'organes sont des facteurs qui peuvent aggraver les dermohypodermes bactériennes [47].

### **III. FORMES CLINIQUES**

#### **III.1. Forme typique : DHB non nécrosante aiguë de la jambe**

##### **III.1.1. Clinique**

Le diagnostic d'érysipèle est essentiellement clinique [2,15].

##### **❖ Signes généraux**

Ils sont dominés par la fièvre élevée, 39–40 °C, associée à des frissons [8].

##### **❖ Signes locaux**

En quelques heures apparaît le placard inflammatoire rouge, chaud, douloureux de la jambe avec un bourrelet périphérique inconstant, bien limité au stade de début réalisant ainsi un tableau de « grosse jambe inflammatoire aiguë » et fébrile [8,9]. Des adénopathies inflammatoires régionales sont fréquemment présentes et parfois une lymphangite homolatérale.

Une porte d'entrée est décelable cliniquement dans deux tiers des cas (intertrigo inter-orteil, ulcération cutanée) [2,9].

##### **III.1.2. Examens complémentaires**

##### **❖ Biologie :**

Elle met en évidence un syndrome inflammatoire biologique non spécifique avec une CRP qui est élevée associée ou non à une hyperleucocytose et une accélération de la vitesse de sédimentation [2,8,48].

##### **❖ La bactériologie :**

L'isolement de l'agent pathogène est un argument majeur du diagnostic dans toute infection, mais la bactériologie est peu sensible [9]. Cependant, l'hémoculture ou la culture peuvent permettre de mettre en évidence le germe responsable, mais les procédures bactériologiques habituelles sont souvent mises en défaut dans les DHB [2].

- Les hémocultures sont un argument déterminant pour le diagnostic d'érysipèle devant un placard inflammatoire cutané lorsqu'elles isolent un

streptocoque. Mais cela est rare. Elles ne sont positives que dans 5 % des cas [2]. Il conviendrait de réserver les hémocultures systématiques aux patients avec signes de gravité, avec terrain fragile ou après traumatisme, selon les recommandations l'IDSA (Infectious Diseases Society of America) publiées en 2014 [1].

- L'isolement du germe par culture a une sensibilité médiocre, quelle que soit la technique employée : prélèvement de bulles ou de porte d'entrée, ponction à l'aiguille ou après injection-aspiration de sérum physiologique, mise en culture d'une biopsie cutanée. Le taux de positivité est compris entre 5 et 41 % [2].

#### ❖ **Sérologie :**

La sérologie streptococcique (ASLO, ASD, ASH, ASK, anti ADNase B) est en faveur d'une infection streptococcique dans 36 % à 80 % des cas. Pour garder une bonne spécificité à la sérologie streptococcique, il est nécessaire d'associer le titrage des ASLO et des ASD sur deux sérums prélevés à 10–15 jours d'intervalle. La sérologie peut donc aider au diagnostic d'érysipèle, mais n'a pas d'intérêt en pratique clinique [2].

#### ❖ **La recherche du génome bactérien :**

Cette recherche est rendue possible actuellement par la PCR. Cette recherche n'est pas habituelle en pratique [9].

### **III.1.3. Évolution**

#### ❖ **Éléments de surveillance :**

La surveillance de l'érysipèle se fait sur le plan clinique et paraclinique.

##### ✓ **Clinique :**

- Examen général, examen local au quotidien (avec mensurations du membre, sensibilité et limites du placard), examen des autres appareils (cardiovasculaire, pleuropulmonaire, etc.)

- Constantes : température, fréquence cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire, poids, taille, indice de masse corporelle, glycémie capillaire.
- ✓ **Paraclinique** : NFS ; CRP ; hémocultures répétées en cas de pic fébrile ; fonction rénale ; glycémie à jeun.

❖ **Modalités évolutives :**

➤ **Favorable**

Elle se conçoit sous traitement bien conduit avec une apyrexie progressive en 48–72 heures et une régression plus lente des signes locaux [9].

➤ **Défavorable**

L'évolution peut se faire vers des complications qui peuvent être les suivantes :

✓ **Les complications locales :**

▪ **Les abcès et/ou nécroses :**

Ils représentent 3 à 12 % selon les séries et justifient un geste chirurgical limité (ponction, drainage et excision) sans aucun rapport avec les dermohypodermes nécrosantes. La surinfection ou la co-infection par le staphylocoque a été notée dans 45 % par certains auteurs [53]. L'évolution est en règle favorable sous drainage et antibiothérapie [9].

▪ **Les thromboses veineuses profondes :**

Le risque de survenue des thromboses veineuses profondes est faible de 0,7 à 49 % [7].

✓ **Les complications générales :**

Elles sont à type de septicémie avec un risque de mortalité faible à 0,5 % [7]. Des localisations septiques hématogènes pulmonaires, endocardiques, ostéoarticulaires ont été rarement rapportées [9]. La décompensation de tare sous-jacente a été notée dans certains cas et une complication iatrogène à type de toxidermie à la pénicilline a été rapportée par certains auteurs [9].

### ✓ **Les complications tardives :**

Elles sont représentées par les récurrences (risque estimé à 12 % à 6 mois et 30 % à 3 ans). La récurrence de l'érysipèle est souvent liée à la non-maîtrise de la porte d'entrée et des facteurs de risque [9].

## **III.2. Autres formes cliniques**

### **III.2.1. Formes symptomatiques**

#### **III.2.1.1. Forme bulleuse ou érysipèle bulleux**

Elles sont formées d'un placard érythémateux surmonté de bulles à contenu trouble ou hémorragique. Elles témoignent de l'intensité de la réponse inflammatoire et constituent un signe de gravité [31]. Les décollements bulleux laissent place à des ulcérations superficielles qui constituent une porte d'entrée à d'autres germes à Gram positif (staphylocoques) et à Gram négatif (anaérobies) responsables de gangrènes synergétiques [31].

#### **III.2.1.2. Forme subaiguë**

Les manifestations sont moins brutales que dans la forme aiguë et la fièvre est plus modérée. De manière générale un facteur de risque de DHB peut constituer un élément d'orientation. Les signes locaux peuvent être isolés au début avec un œdème diffus, induré, parfois très douloureux, l'existence de bulles de nécrose, un aspect cyanotique. À un stade tardif, on peut retrouver une nécrose franche, une hypoesthésie et anesthésie locale et crépitations signant une présence d'anaérobies. Parfois ces signes peuvent apparaître en cours d'évolution d'une DHB considérée initialement comme non nécrosante. D'où l'intérêt de mentionner les bordures de l'érythème et les éléments sémiologiques atypiques afin de surveiller l'évolution sous antibiotiques [9].

### **III.2.1.3. Forme frustrée**

Elles réalisent un œdème discret, douloureux évoluant vers une desquamation en fins lambeaux. Le diagnostic est dans la plupart des cas rétrospectif.

## **III.2.2. Formes topographiques**

### **III.2.2.1. Forme à localisation faciale**

C'est le second site de prédilection de l'érysipèle (6 à 19 % des cas selon les séries). Le bourrelet œdémateux périphérique est plus souvent rencontré que dans d'autres localisations (ce qui aide à le distinguer des autres dermohypodermites). La lésion peut siéger sur la joue, la région temporale, la racine du nez, la région orbitaire et l'oreille.

La lésion est unilatérale avec une extension en aile de papillon (à l'inverse de la staphylococcie maligne de la face) ou vers le cuir chevelu, mais elle peut se bilatéraliser. Il y a respect de la région mentonnière à la différence des cellulites dentaires. Des adénopathies satellites (prétragiques, sous-maxillaires) et douloureuses sont notées. L'œdème de stase n'apparaît pas comme un facteur de risque déterminant hormis dans les cas d'érysipèles récidivants faisant suite à des chirurgies de la face [25].

### **III.2.2.2. Forme à localisation fessière**

Une localisation dans la région fessière et périnéale est rare, car la présentation clinique est volontiers celle d'une forme nécrosante (gangrène de Fournier) [1]. Un intertrigo inter-fessier est souvent retrouvé comme porte d'entrée [9].

### **III.2.2.3. Forme du membre supérieur**

Elles sont favorisées de plus en plus par les cathéters intraveineux mais aussi en cas de lymphœdème du membre supérieur secondaire à une chirurgie mammaire avec curage axillaire [9].

#### **III.2.2.4. Forme du lobule de l'oreille**

Elle forme un placard inflammatoire unique débordant parfois sur le cuir chevelu. La percée de l'oreille est la principale porte d'entrée [9].

#### **III.2.3. Forme nécrosante : dermo-hypodermite nécrosante**

Il s'agit d'une urgence vitale nécessitant une prise en charge médicochirurgicale précoce.

##### **❖ Clinique :**

##### **✓ Les signes généraux**

Les signes sont très marqués dans les formes explosives et ils reflètent l'état septique : fièvre supérieure à 39 °C persistante sous antibiotiques, frissons, altération de l'état général avec faciès de l'infecté, hypotension artérielle, voire confusion mentale [60]. Un terrain débilisé (diabète, alcoolisme, obésité, immunosuppression) est souvent retrouvé [9].

- Signes fonctionnels : quand elle fait suite à un érysipèle elle est évoquée devant une persistance de la douleur qui devient fulgurante, voire insupportable.
- Signes locaux : La douleur est intense, croissante, souvent.

Disproportionnée par rapport aux signes locaux. L'œdème est induré, diffus, dépassant les limites peu précises de l'érythème. Les bulles peuvent être hémorragiques. Fait capital, il existe des lésions de nécrose : il faut cependant différencier la nécrose superficielle peu spécifique (souvent secondaire à des ulcérations post bulleuses) et la nécrose profonde, beaucoup plus évocatrice, avec ces aspects à type de taches cyaniques, bleu-grisées, mal limitées, en carte de géographie.

Une hypoesthésie voire anesthésie, une crépitation ou une odeur putride peut être retrouvée en rapport avec une présence d'anaérobie [4,9].



### ✓ **Signes physiques**

La présentation habituelle est celle d'une grosse jambe rouge aiguë fébrile, un œdème, une nécrose des tissus dermo-hypodermiques, un exsudat sérosanglant, mais ni pus, ni abcès [4].

### ❖ **La Biologie :**

Le bilan biologique est très perturbé, avec un syndrome inflammatoire très marqué et une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile [32].

Une élévation franche des CPK témoigne d'une myonécrose associée [9].

À la microbiologie, les prélèvements bactériologiques à la recherche de germes aérobies et anaérobies sont systématiques afin de pouvoir adapter le traitement antibiotique [32].

Plusieurs techniques sont possibles : hémocultures, ponctions sous-cutanées, écouvillonnage de lésions ouvertes plus ou moins nécrotiques, ponction d'une phlyctène fermée, cultures de biopsies, cultures de fragments opératoires.

La technique de PCR est pour l'instant uniquement utilisée pour détecter les exotoxines pyrogènes streptococciques au niveau tissulaire sur une biopsie [4,33].

### ❖ **L'histopathologie :**

Elle peut retrouver une inflammation œdémateuse de l'hypoderme, une nécrose de l'aponévrose superficielle pouvant s'étendre le long des fascias avec thrombose et nécrose fibrinoïde des parois vasculaires ; la nécrose de coagulation dermo-épidermique s'installe secondairement [7].

### ❖ **L'imagerie :**

- ✓ Les radiographies des parties molles peuvent mettre en évidence des images aériques sous-cutanées, voire intramusculaires en cas de germes anaérobies producteurs de gaz (gangrène gazeuse à Clostridium) [33].
- ✓ L'imagerie par résonance magnétique (IRM) : elle est réalisée avec injection de gadolinium et détecte les altérations (collections liquidiennes

notamment) de la graisse sous-cutanée et des fascias musculaires (hypersignaux en T2 avec renforcement par le gadolinium), des signes de myosite et des abcès. Une IRM normale exclut une « fasciite nécrosante ». Enfin, l'IRM pourrait aider le chirurgien dans son geste opératoire [33].

- ✓ L'écho-doppler vasculaire : il permet de rechercher des anomalies vasculaires associées à la dermohypodermite bactérienne.

#### ❖ **Évolution :**

Elle ne se conçoit que sous prise en charge médico-chirurgicale précoce, car la mortalité peut atteindre jusqu'à 30 % des cas. Le pronostic de la maladie dépend de la précocité de la prise en charge, l'âge avancé, l'existence d'une tare sous-jacente (diabète, facteurs de risques cardiovasculaires et l'immunodépression) [9]. Les complications locales sont représentées par les myosites, ostéite profonde, arthrite [7]. Les complications générales sont à type de septicémie et d'un état de choc septique et une défaillance multi viscérale (coagulation intravasculaire disséminée, embolie pulmonaire, insuffisance rénale) [9].

### **III.2.4. Les formes étiologiques**

Pour les DHBNN le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) est la bactérie la plus fréquemment responsable ; sa fréquence d'isolement est de 58 à 73 % des cultures positives. Le *Streptococcus anginosus* du groupe G est retrouvé dans moins d'un tiers des cas ; le *Streptococcus agalactiae* du groupe B et le *Streptococcus dysgalactiae* du groupe C sont plus rarement isolés (moins de 10 % des cas) [9,33].

Concernant les DHBN-FN, le *Streptococcus pyogenes* est fréquemment isolé ; mais une association plurimicrobienne est mise en évidence dans 40 à 90 % des cas. Les espèces en cause sont majoritairement des streptocoques, des entérobactéries, des anaérobies, le *Staphylococcus aureus*, des entérocoques, le *Pseudomonas aeruginosa* (patient neutropénique), l'*Haemophilus influenza* (en particulier chez l'enfant), le *Pasteurella multocida* (secondaire à la morsure de

chat ou de chien), l'*Aeromonas hydrophila* (eaux douces). Le *Vibrio vulnificus* qui atteint avec prédilection les marins, est secondaire à la piqûre par arête de poisson et donne une dermohypodermite bactérienne d'emblée nécrosante [9,33].

## **IV. TRAITEMENT**

### **IV.1. Traitement curatif**

#### **IV.1.1. Buts**

- Stériliser le foyer infectieux.
- Prévenir et/ou traiter les éventuelles complications.
- Maîtriser les facteurs de risques.
- Améliorer la prise en charge des DHB.

#### **IV.1.2. Moyens**

##### **IV.1.2.1. Mesures hygiéniques**

Hospitalisation en cas d'existence d'au moins un facteur de risque.

Repos au lit, membres surélevés.

##### **IV.1.2.2. Moyens médicamenteux**

Les antibiotiques utilisés en première intention font partie des familles des bêta-lactamines et des macrolides et apparentés [2,9,33].

✓ Les bêta-lactamines :

- Les pénicillines du groupe A notamment l'amoxicilline qui, outre son spectre actif sur les germes les plus fréquents, est facile d'utilisation, diffuse bien dans les tissus, et existe en forme orale. Sa posologie journalière est de 50 à 100 mg/kg en 3 prises (maximum 6 g/j) [1,33,34].

L'amoxicilline peut être associé à l'acide clavulanique en cas de doute sur la possibilité d'autres bactéries en cause comme le *Staphylococcus aureus* [34].

- Les pénicillines V et G ont une bonne sensibilité vis-à-vis des streptocoques et certains germes anaérobies. La pénicilline G injectable anciennement préconisée dans les recommandations de 2000, malgré son efficacité, n'est plus conseillée en première ligne de traitement en raison de sa lourdeur d'administration (parentérale

sur plusieurs heures et à plusieurs reprises dans la journée) ; la dose journalière est de 10 à 20 millions d'unités [1,33,34].

Le relais par voie orale est entamé dès l'obtention d'une apyrexie stable et l'amélioration des signes locaux avec soit la pénicilline V (4 à 6 MUI/j), soit par les macrolides (érythromycine : 2 g/j) en cas d'allergie à la pénicilline [9]

- Les céphalosporines : une étude faite en Tunisie de 2000 à 2015 a montré que les céphalosporines de première génération ont pris la place de la pénicilline G comme traitement de première intention depuis 2008 [49]. Les céphalosporines de troisième génération ont aussi leur place dans la prise en charge des DHB telles que la céfotaxime (2 g fois trois par jour) et la ceftriaxone (50 mg/kg/j) [35].
- ✓ Les macrolides et apparentés : ils sont plus souvent utilisés en cas d'allergie grave aux bêta-lactamines.

Deux études prospectives françaises, l'une comparant la roxithromycine à la pénicilline G et une étude ouverte, non comparative avec la pristinamycine (3 g/j) apportent des arguments d'usage de ces composés. L'utilisation d'un macrolide est sous-tendue par la sensibilité de l'agent en cause ; l'incertitude actuelle sur l'évolution des phénomènes de résistance des streptocoques aux macrolides justifie une surveillance épidémiologique des résistances et ne permet pas de les recommander en première intention [24].

La pristinamycine a un spectre adapté au streptocoque en faveur de son utilisation, mais sa tolérance digestive variable peut rendre son observance difficile. L'usage de la clindamycine est limité par les effets indésirables digestifs (diarrhée, colite pseudomembraneuse) [24].

- ✓ Les glucopeptides : ils sont toujours actifs sur *Streptococcus pyogenes*. Leur usage n'est pas habituellement recommandé pour ce germe parce qu'ils n'offrent pas de supériorité sur les  $\beta$ -lactamines ou les macrolides et

apparentés, ni en termes d'activité antibactérienne, ni en termes de diffusion tissulaire. En revanche, ils sont actifs contre les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline [9,35].

- ✓ Le métronidazole : il inhibe la synthèse des protéines. Il est actif sur les bactéries anaérobies résistant aux bêta-lactamines avec une dose de 1 à 1,5 g/j. Il existe toutefois quelques rares cas de résistances [35].
- ✓ Les fluoroquinolones : les molécules disponibles n'ont pas d'action sur les bactéries anaérobies. Leur action sur les streptocoques est quinolone dépendante. Elles sont essentiellement utilisées en cas d'allergie aux bêta-lactamines. Il peut s'agir de l'ofloxacine (400 mg fois 2 par jour) ou de la ciprofloxacine (400 mg fois 3 par jour) [35].
- ✓ Les aminosides : ils sont sans action sur les bactéries anaérobies. La bactéricidie est dépendante de leur concentration systémique. La gentamycine à forte dose (6 à 8 mg/kg en une prise quotidienne) est souvent associée à l'amoxicilline –Acide clavulanique ou aux fluoroquinolones (en cas d'allergie aux bêta-lactamines). L'amikacine est parfois utilisé en association à l'imipenème ou à d'autres antibiotiques [35].

#### **IV.1.2.3. Moyens physiques**

Bas de contention, drainage lymphatique [39].

#### **IV.1.2.4. Traitement associé**

Le traitement de la porte d'entrée est systématique : antiseptie locale, fermeture d'une brèche cutanée, pansement d'ulcère, traitement d'intertrigo mycosique [36].

L'administration d'antalgiques est systématique au besoin en cas de douleurs [33]. Une sérothérapie et un rappel de la vaccination antitétanique au cas échéant doivent être effectués [33,36].

L'anticoagulation préventive doit être instaurée selon les recommandations AFFSAPS [1].

Le traitement antidiabétique (insulinothérapie ou ADO) doit se faire selon les dernières recommandations de l'Association américaine pour le diabète et de l'Association européenne pour l'étude du diabète en 2008. Il s'agit d'une réadaptation de l'insulinothérapie en cas de complication aiguë du diabète ou du traitement ADO avec comme objectif un taux d'hémoglobine glyquée  $< 7\%$  [9,37].

En cas de choc septique, le remplissage vasculaire et la ventilation assistée permettent d'améliorer les troubles hémodynamiques, la compensation des pertes caloriques, la correction de l'acidose et de l'insuffisance rénale [36].

Le recours à l'oxygénothérapie hyperbare est controversé. Son indication majeure demeure les gangrènes gazeuses clostridiennes. Les autres indications restent à évaluer [12,38].

L'administration intraveineuse d'immunoglobulines spécifiques polyvalentes est conseillée lorsque le streptocoque du groupe A est mis en évidence. Elles contiennent des anticorps neutralisants des exotoxines streptococciques. Une étude prospective randomisée européenne contre un placebo a démontré le bénéfice de ces immunoglobulines. D'après Norrby et al., l'utilisation des immunoglobulines serait susceptible de réduire le nombre d'interventions chirurgicales de débridement du fait d'une amélioration des lésions cutanées dans les 48 premières heures du traitement [12].

#### ❖ **Thérapie par pression passive :**

L'utilisation de la thérapie par pression négative est de plus en plus proposée. Elle permet d'accélérer le bourgeonnement, la rétraction cicatricielle et donc réduire le délai de fermeture ou de couverture par greffe.

Elle ne doit pas être mise en place dès le premier pansement, car elle augmenterait le saignement et ne doit pas être utilisée tant que la nécrose et l'infection ne sont pas maîtrisées [12].

#### **IV.1.2.5. Traitement chirurgical**

La précocité de l'intervention chirurgicale, une fois le diagnostic de DHBN ou FN posé ; reste l'élément déterminant du pronostic. Elle est réalisée sous anesthésie générale chez un patient préalablement préparé par une réanimation initiale qui va garantir si possible une bonne stabilité hémodynamique durant l'intervention. L'excision en est le maître geste ; il se fera un débridement suivi d'une excision totale de toutes les zones dévitalisées et nécrotiques. L'excision devra aller jusqu'à la zone de résistance à la dissection digitale [39].

Des prélèvements à visée bactériologique peuvent être réalisés en peropératoire. Ils serontensemencés sur milieux aérobie et anaérobies [9,40].

La zone d'intervention doit être laissée ouverte pour éviter les pullulations et collections bactériennes et permettre un lavage abondant lors des pansements. Les pansements sont faits habituellement de façon quotidienne à l'aide de compresses imbibées de sérum physiologique [40].

Idéalement, ces pansements sont faits sous anesthésie générale au bloc opératoire, permettant si nécessaire une reprise de l'excision. Dès que l'état local est favorable et l'état général stabilisé, une greffe cutanée est effectuée et permet de recouvrir l'ensemble des lésions [40].

#### **IV.1.3. Indications**

La Société française de dermatologie (SFD) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), sous l'égide de la HAS (Haute Autorité de santé), ont souhaité actualiser de manière conjointe certaines recommandations issues de la conférence de consensus sur la prise en charge de l'érysipèle et de la fasciite nécrosante à la suite de modifications significatives des pratiques de prise en charge de l'érysipèle (hospitalisations moins fréquentes, abandon de la pénicilline G) et de certains travaux permettant d'envisager une diminution de la durée de l'antibiothérapie dans cette dermatose [1,41].

Les critères d'hospitalisation consensuels sont : la présence de signes de gravité locaux ou généraux, un terrain fragile et notamment une maladie associée à risque



de décompensation (immunosuppression, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, obésité, etc.), le sujet âgé de plus de 75 ans polyopathologique, l'absence d'une réponse satisfaisante au traitement dans les 72 heures suivant son instauration, l'impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile, l'observance prévisible mauvaise [1].

#### **IV.1.3.1. Dermohypodermite non nécrosante**

En ambulatoire : un traitement oral par amoxicilline, 3 à 4 g/j en 3 prises quotidiennes est débuté sous surveillance attentive des signes locaux et généraux. Le traitement est habituellement de 15 jours en l'absence de complication. En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines, et on peut avoir recours aux macrolides [9].

En hospitalisation : on procédera à un traitement d'attaque par amoxicilline par voie IV, 50 mg/kg/j, jusqu'à l'obtention d'une apyrexie puis relais avec la forme orale (amoxicilline 3 à 4,5 g par jour en 3 prises ou la pénicilline V 3 à 6 MU/j en 3 prises) jusqu'à disparition des signes locaux [1,41].

#### **IV.1.3.2. Dermohypodermite nécrosante**

Il s'agit d'une urgence médicochirurgicale avec mise en jeu du pronostic vital. Le diagnostic ou sa suspicion doivent suffire à commencer un traitement symptomatique de l'état septique, une antibiothérapie probabiliste et surtout discuter une exploration chirurgicale qui pourra seule traiter la cause. Le traitement chirurgical doit être le plus précoce possible. Cette prise en charge pluridisciplinaire doit être instaurée sans délai [12]

L'antibiothérapie est probabiliste, adaptée à la localisation anatomique et aux bactéries les plus fréquemment rencontrées (germes aérobies à Gram+ et à Gram- et de germes anaérobies), doit être débutée sans délai, une fois le diagnostic de DHBN-FN suspecté [12,19]. L'antibiothérapie sera secondairement adaptée aux documentations microbiologiques [19].

DHBN des membres et cervico-faciales : pénicilline G et clindamycine [12].

DHBN de l'abdomen et du périnée (présence d'anaérobies) : pénicilline à large spectre et imidazolé [12].

DHBN chez le toxicomane : la fréquence du staphylocoque nécessite une association active contre ce germe et contre les streptocoques, de type amoxicilline–acide clavulanique, pénicilline M, voire céphalosporine de première génération ou glycopeptide (Vancomycine®) avec un aminoside type gentamicine [12].

DHBN chez l'immunodéprimé : la fréquence des infections à *Pseudomonas aeruginosa* nécessite l'utilisation d'une céphalosporine de troisième génération à activité antipyocyanique avec un aminoside ou une association de pipéracilline–tazobactam et aminoside [12].

## **IV.2. Traitement préventif**

### **IV.2.1. Prévention primaire**

Les modalités de la prévention primaire des DHB ne sont pas univoques. Cependant, plusieurs auteurs ont rapporté le rôle prépondérant des facteurs de risque locaux dans la survenue des DHB (intertrigo inter-orteil, plaie post-traumatique, ulcère de jambe, dermatoses excoriées, insuffisance veineuse et/ou lymphatique) [9].

Des mesures préventives idoines sur ces facteurs de risque pourraient permettre de réduire considérablement la survenue des DHB [9].

### **IV.2.2. Prévention secondaire**

La prévention des récurrences est un aspect primordial de la prise en charge [1,24].

Elle consistera à :

- L'identification et le traitement d'une porte d'entrée sont les mesures les plus importantes. Outre la réduction d'une obésité éventuelle, le traitement d'un œdème de stase (syndrome post-thrombotique, lymphœdème) est primordial faisant appel à différentes techniques de drainages lymphatiques

et surtout à une mobilisation par kinésithérapie et à une contention compression par bandages peu ou non élastiques.

- L'antibio-prophylaxie recommandée est la benzathine-pénicilline G retard 2,4 MUI par voie intramusculaire toutes les trois semaines. L'azithromycine (250 mg/j) en cas d'allergie à la pénicilline peut être proposée, cette molécule n'ayant cependant pas l'autorisation de mise sur le marché, car n'ayant pas fait l'objet d'études randomisées contrôlées. La durée optimale de traitement est à réévaluer en fonction de l'évolution (6 mois au moins) associée la prise en charge concomitante des facteurs de risque de récurrence.

#### **IV.2.3. Prévention tertiaire**

Il s'agira de prévenir les complications du lymphoedème par :

- repos ;
- surélévation du membre ;
- prévention et traitement de l'obésité ;
- traitement des intertrigos interdigitaux ;
- prudence lors de la manucure ;
- nettoyage régulier aux antiseptiques ;
- consultation en cas de lésion du membre atteint.

# **DEUXIÈME PARTIE :**

## **NOTRE ÉTUDE**

## **I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

### **❖ Objectifs généraux :**

Identifier les facteurs de risque des DHB.

### **❖ Objectifs spécifiques étaient les suivants :**

- décrire le profil épidémiologique des patients présentant une DHB ;
- décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients ;
- identifier les facteurs de risque de survenue des DHB.

## **II. PATIENTS ET MÉTHODES**

### **II.1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans les services de dermatologies de l'hôpital Régional et de la paix de Ziguinchor.

Le département de Ziguinchor a une superficie de 1153 km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par le département de Bignona, à l'Est par le département de Sédhiou, à l'Ouest par le département d'Oussouye et au Sud par la République de Guinée-Bissau.

Le relief est plat, tandis que les sols, selon les zones phytomorphes, sont latéritiques et ferrugineux.

Le climat est continental et subit quelquefois l'influence maritime. Les différents vents qui soufflent sont la mousson, Sud Nord, les alizés maritimes Nord Est – Sud-ouest.

La population de la commune de Ziguinchor a été estimée à environ 621.171 habitants en 2017 selon EDS 2017.

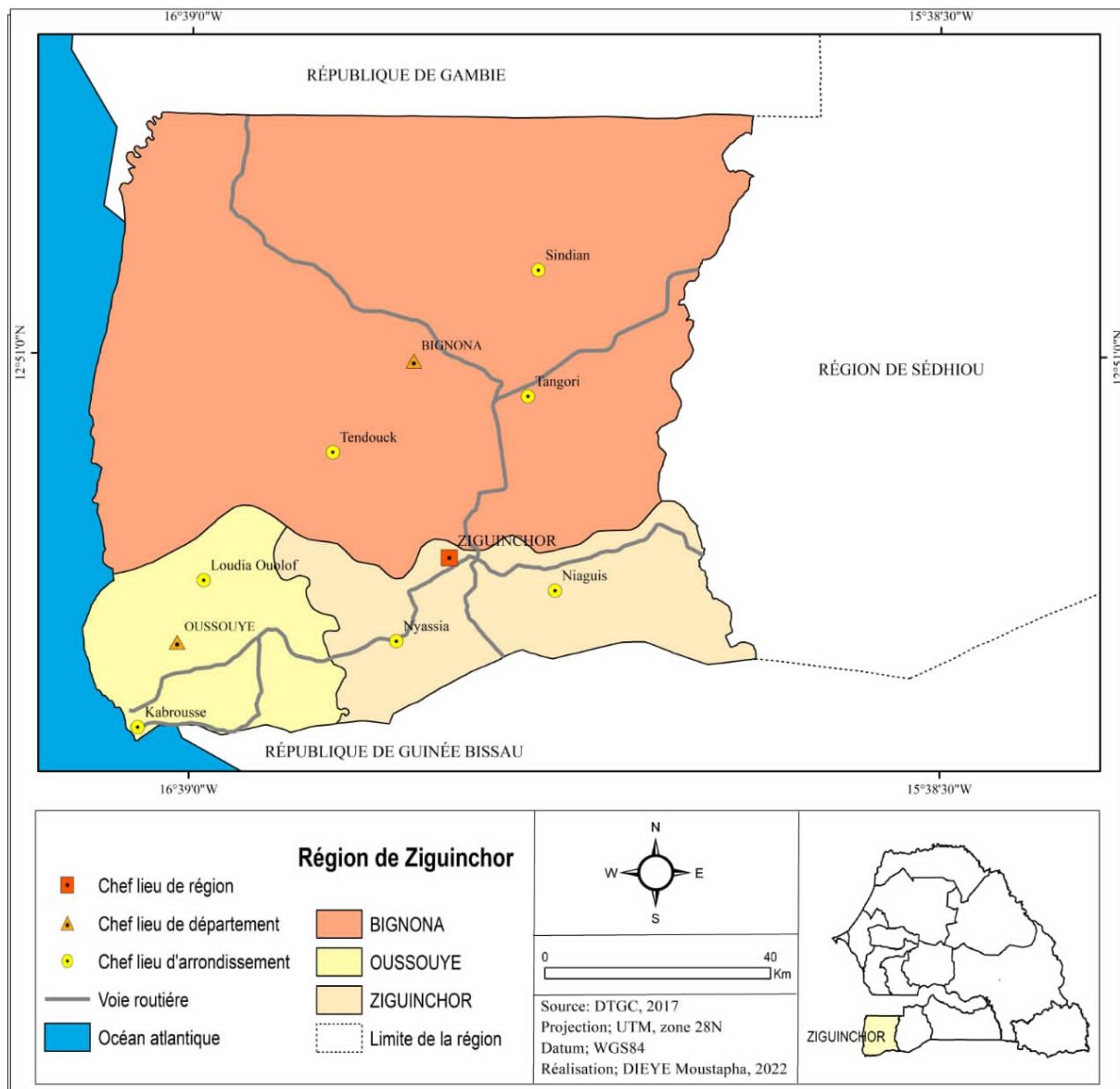
Au plan ethnique, les Diolas sont majoritaires avec près de 61%, puis suivent respectivement les Mandingues, les Pulars, les Wolofs, les Manjacques, Bainoucks, Mancagnes, Ballantes.

Sur le plan de l'administration territoriale, le département de Ziguinchor est divisé en 2 arrondissements (Niaguis et Nyassia). Chaque arrondissement est de son côté, divisé en communes.

Sur le plan de l'administration décentralisée, le département de Ziguinchor est constitué de 6 communes (annexe 2). Elles sont administrées par un organe délibérant, le conseil municipal et par un organe exécutif, le maire.

**Tableau II : Département de Ziguinchor**

<b>Département de Ziguinchor</b>		
<b>1 Commune</b>	<b>2 Arrondissements</b>	
	<b>Niaguis</b>	<b>Nyassia</b>
	3 Communes	2 Communes
Ziguinchor	Niaguis	
	Adéane	Nyassia
	Boutoupa	Enampore
	Camaracounda	



**Figure 4 : La région de Ziguinchor**

Les infrastructures sanitaires la commune Ziguinchor sont composées pour l'essentiel :

- ✓ De deux hôpitaux :
  - L'hôpital régional
  - L'hôpital de la paix
- ✓ D'une brigade d'hygiène ;
- ✓ D'un centre psychiatrique ;
- ✓ Du centre de santé composé de :
  - 30 postes de santé

- 6 maternités
- 9 cases de santé ;
- ✓ D'un cabinet gynéco-obstétricale privé ;
- ✓ De 5 cabinets médicaux privés ;
- ✓ 02 cabinets dentaires privés ;
- ✓ Polyclinique privée
- ✓ Centre de prévention des IST
- ✓ Laboratoire d'analyse privé
- ✓ Deux CDVA (centre de dépistage volontaire et anonyme)

Le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor est un hôpital de niveau II construit en 1970 du temps de la guerre de libération de la Guinée-Bissau pour servir d'antenne chirurgicale aux blessés de guerre. Cet hôpital a comme particularité d'être inter-frontalier. Il prend en charge les malades venant de la Gambie, de la Guinée Conakry et de la Guinée-Bissau parfois de la Mauritanie et du Mali. C'est donc un hôpital de référence.

### **Le Service de DERMATOLOGIE de l'HRZ :**

Organisation du service :

Salle d'accueil : 2 infirmières → Orientation

Constantes du patient avant consultation

Organisation des fiches de consultation

Salle de soin : pansement / changement de pansement

Soins dermatologiques après acte chirurgical dermatologique

Injections de corticoïdes (en cas de traitement en ambulatoire)

Salle de consultation : consultation

Actes dermatologiques chirurgicaux : biopsie cutanée

Exérèse cutanée



Actes dermatologiques non chirurgicaux : prélèvement  
Génitaux et cutanées  
Actes à visée esthétique : peeling ?

Le Centre Hospitalier Régional de la paix Ziguinchor est un hôpital de niveau II construit en 1999 et fut inauguré le 21 février 2015. Cet hôpital a comme particularité d'être inter-frontalier. Il prend en charge les malades venant de la Gambie, de la Guinée Conakry et de la Guinée-Bissau parfois de la Mauritanie et du Mali. C'est donc un hôpital de référence.

### **Le Service de DERMATOLOGIE de l'HPZ :**

Organisation du service :

Salle de TRI : infirmières → Orientation  
Constantes du patient avant consultation  
Organisation des fiches de consultation

Salle de soin : pansement / changement de pansement

Soins dermatologiques après acte chirurgical dermatologique

Injections de corticoïdes (en cas de traitement en ambulatoire)

Salle de consultation : consultation

Actes dermatologiques chirurgicaux : biopsie cutanée

Exérèse cutanée

Actes dermatologiques non chirurgicaux : prélèvement

Génitaux et cutanées

Cependant, dans les deux hôpitaux on note l'absence de laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse des biopsies cutanées ; ce qui pose un problème majeur dans le diagnostic de certaines pathologies... les patients doivent se déplacer à Dakar pour déposer leurs prélèvements et attendre les résultats

→ Retard de diagnostic et prise en charge

## Problèmes sociaux et financiers

Analyses de sang pour déceler des maladies auto-immunes ne se font pas à Ziguinchor

Absence de mycologie

Absence intermittente de bactériologie

Produits dermatologiques inexistant à la pharmacie de l'hôpital (vaseline stérilisée, antiseptique cutanée, les préparations magistrales...)

Absence et rupture fréquente des médicaments dermatologiques dans les pharmacies de la région.

### II.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec un recueil rétrospectif des données portant sur des dossiers des malades hospitalisés et en consultation pour une DHB du membre du 01 janvier 2019 au 31 juillet 2022 dans le service de Dermatologie de l'hôpital de la paix et l'hôpital régional de Ziguinchor.

### II.3. Population étudiée

Notre population d'étude était constituée de tous les patients au service de dermatologie de l'hôpital de la paix et régional de Ziguinchor durant notre période d'étude.

❖ **Critères d'inclusion :** étaient inclus, les dossiers de malades ayant présenté une dermohypodermite bactérienne dans nos quatre services.

Le diagnostic était porté à la clinique parfois aidée par les examens complémentaires :

- diagnostic de DHBNN : nous avons considéré comme cas de dermohypodermite bactérienne non nécrosante, tout patient présentant une tuméfaction inflammatoire d'évolution aiguë, surmontée d'un placard érythémateux d'extension centrifuge avec ou sans bulles, située sur le membre associée ou non à un syndrome infectieux ;

- diagnostic de DHBN/FN : nous avons considéré comme cas de dermohypodermite bactérienne nécrosante, tout patient présentant une tuméfaction inflammatoire avec hypo ou anesthésie et nécrose locale.
- ❖ **Critères de non-inclusion** : étaient exclus les dossiers de patients incomplets ou inexploitable.

#### **II.4. Recueil et collecte de données**

Un questionnaire préétabli a servi pour la collecte des données (voir annexe).

Ce questionnaire était composé de :

- données sociodémographiques : état civil, âge, sexe, origine géographique, lieu de résidence, profession ;
- données cliniques : délai de consultation, itinéraire thérapeutique, antécédents, examen clinique, facteurs de risque (locorégionaux et généraux) ;
- données paracliniques : NFS, VS, CRP, glycémie à jeun, SRV, prélèvement bactériologique ;
- données radiologiques : radiographie du membre, échographie-Doppler veineux ou artériel, ECG, échographie cardiaque ;
- données thérapeutiques ;
- données évolutives.

Un dépouillement de dossier a été réalisé.

#### **II.5. Analyse de données**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Sphinx Démo et SPSS 13.0.

Étude descriptive est réalisée par le calcul des fréquences, proportions avec leurs intervalles de confiance pour les variables qualitatives. Et pour les données quantitatives, par le calcul de moyennes avec leur écart type.

Étude analytique, elle est faite avec les tableaux croisés. Pour comparer les fréquences, nous avons utilisé le test du Chi<sup>2</sup> ou le test de Fisher le degré de significativité était un  $p < 0,05$ .

## **II.6. Aspects éthiques**

Une autorisation des Chefs de service a été requise pour l'exploitation des dossiers de malades.

### III. RÉSULTATS

#### III.1. Analyse univariée

##### III.1.1. Épidémiologie

###### III.1.1.1. Fréquence hospitalière

Durant notre période d'étude du 01 janvier 2019 au 31 juillet 2022 (43 mois), nous avons inclus 148 patients. La répartition des cas selon le lieu de recrutement est la suivante :

- **Dermatologie HPZ** : 70 cas (47,29 %) sur les 3737 malades hospitalisés dans ce service durant cette période soit une fréquence hospitalière de 1,87%.
- **Dermatologie HRZ** : 78 cas (52,70 %) sur 5 921 malades hospitalisés dans ce service soit une fréquence hospitalière de 1,31 %.

###### III.1.1.2. Répartition de la population selon le sexe

Dans notre étude, nous avons retrouvé 80 hommes soit une fréquence de 54,1 % et 68 femmes soit une fréquence de 45,9 % avec un sexe ratio de 1,17. La figure 5 illustre la répartition de la population selon le sexe.

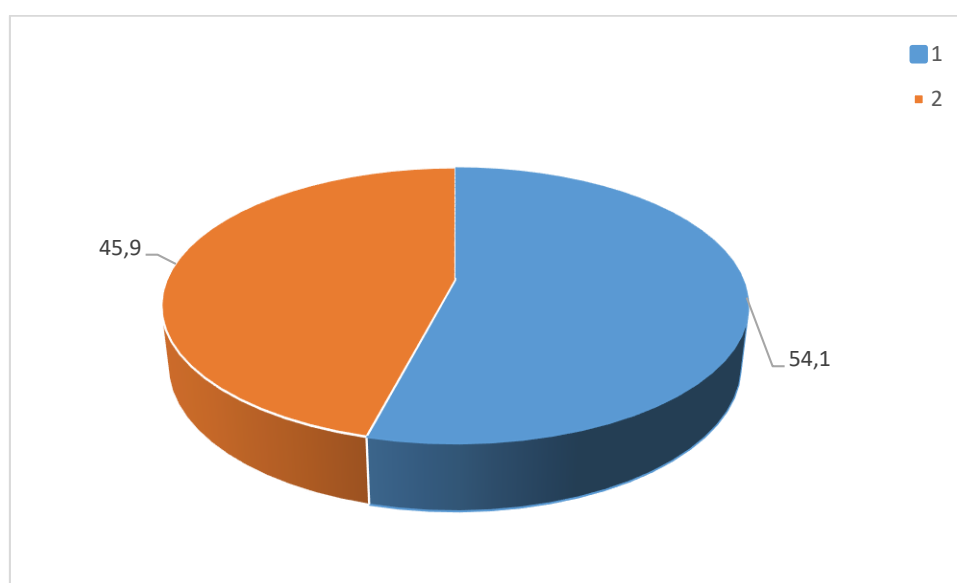
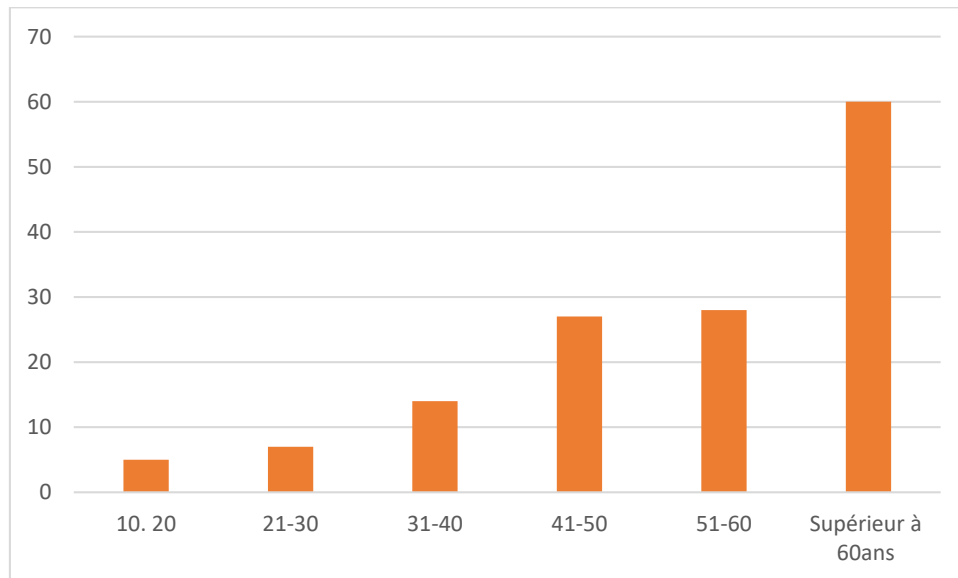


Figure 5 : Répartition de la population selon le sexe

### III.1.1.3 Répartition de la population selon l'âge

Dans notre étude, l'âge moyen était de 55,83 ans avec des extrêmes allant de 11 ans à 89 ans et un écart type à 18,06. Dans 7 cas (4,70%) cas l'âge n'a pas précisée. La figure 6 illustre la répartition des groupes selon la tranche d'âge.



**Figure 6 : Répartition des groupes selon la tranche d'âge**

### III.1.1.4 Répartition selon l'ethnie

Notre population était constituée en majorité par l'ethnie Diola soit 33,3 % ( $n = 46$ ), suivie de l'ethnie mandingue soit 23,1 % ( $n = 32$ ). Dans 6,8 % ( $n = 10$ ), l'ethnie n'a pas précisée. La répartition des cas en fonction de l'ethnie est illustrée sur le Tableau III.

**Tableau III : Répartition des groupes selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Diola	46	33,3
Mandingue	32	23,1
Pulaar	24	17,4
Manjack	18	13,04
Sérère	11	8,00
Wolof	7	5,2
Total	138	100,0

**III.1.1.5. Répartition selon le lieu de résidence**

Le département de Ziguinchor était le lieu de résidence de 90,1 % ( $n = 128$ ). Dans 6 cas (4,10 %) cas la résidence n'a pas précisée. La répartition des cas en fonction du lieu de résidence est illustrée dans le Tableau IV.

**Tableau IV : Répartition de la population selon le lieu de résidence**

<b>Origine géographique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Ziguinchor	128	90,1
Sédhiou	6	4,2
Guinée-Bissau	6	4,2
Kaolack	1	0,7
Kolda	1	0,7
Total	142	100,0

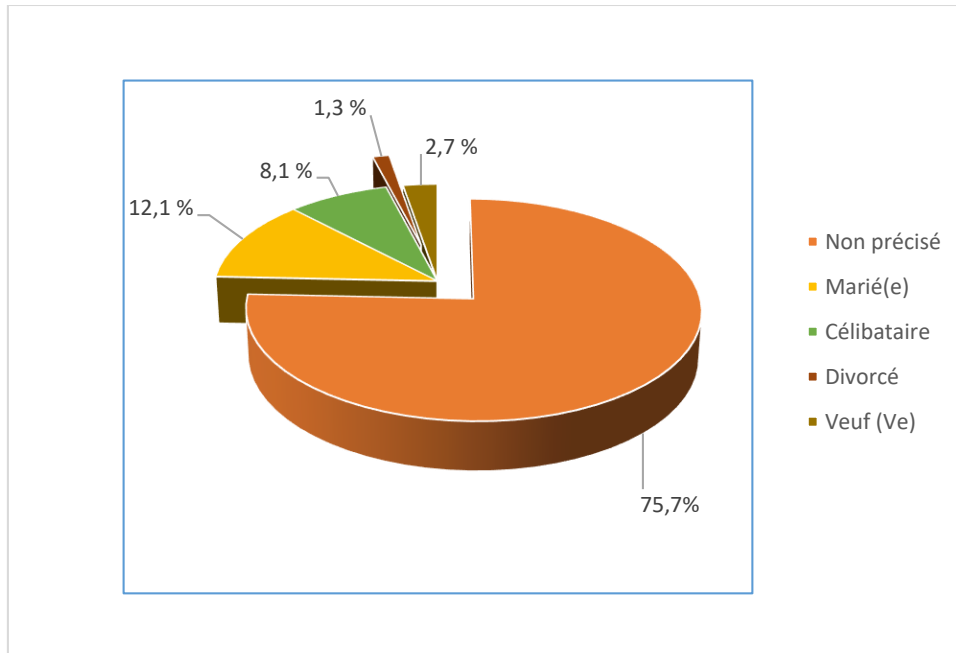
**III.1.1.6. Répartition selon la situation matrimoniale**

La répartition selon la situation matrimoniale était la suivante :

Les mariés dans 12,1 % ( $n = 18$ ), dont 13 cas selon un régime monogame et 5 cas une polygamie.

- Les célibataires dans 8,1 % ( $n = 12$ ).
- Les divorcés dans 1,3 % ( $n = 2$ ).
- Les veufs (ves) dans 2,7 % ( $n = 4$ ).
- Les non précisés dans 75,7 % ( $n = 112$ ).

La figure 7 illustre la répartition des groupes selon la tranche d'âge.



**Figure 7 : Répartition en fonction du statut matrimonial.**

### **III.1.1.7 Répartition selon la profession**

La profession la plus représentée était les ménagères soit 32,9 % ( $n = 26$ ). Dans 69 cas (46,60 %) cas la profession n'a pas été précisée. La répartition des cas en fonction du lieu de résidence est illustrée sur le Tableau V.



**Tableau V : Répartition de la population selon la profession**

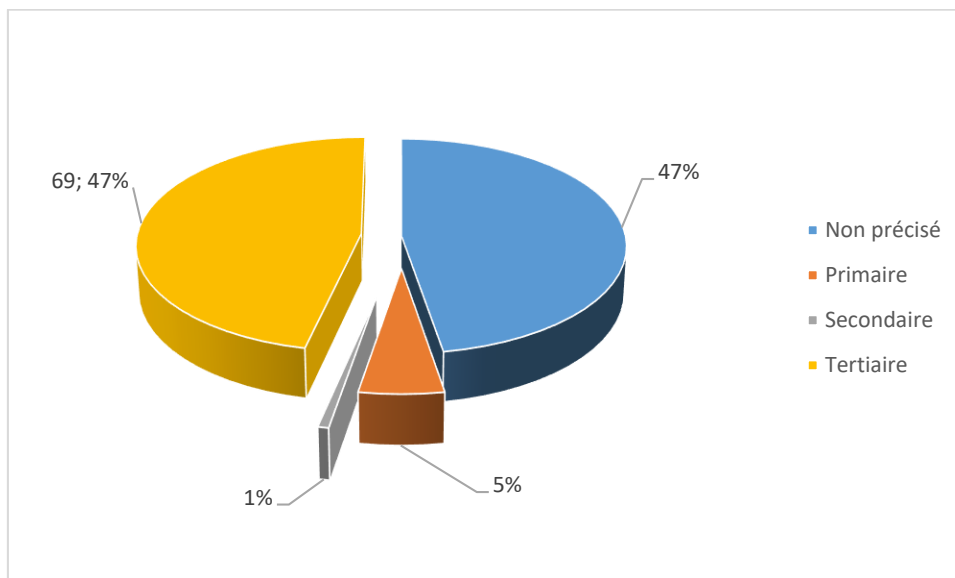
<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Ménagère	26	32,9
Autre	16	20,2
Commerçant	12	15 ,1
Retraite	9	11,3
Agriculteur	8	10,1
Enseignant	7	8,8
Militaire	1	1,2
Total	79	100,0

### **III.1.1.8 Répartition selon le secteur d'activité**

Dans notre étude, la répartition selon le secteur d'activité est la suivante :

- non précisée dans 47,3 % ( $n = 70$ ) ;
- secteur primaire dans 5,4 % ( $n = 8$ ) ;
- secteur secondaire dans 0,7 % ( $n = 1$ ) ;
- secteur tertiaire dans 46,6 % ( $n = 69$ ).

La figure 8 illustre la répartition des cas selon le secteur d'activité.



**Figure 8 : Répartition des cas selon le secteur d'activité professionnelle.**

### III.1.1.9 Répartition selon le niveau économique

Dans notre étude, le revenu financier n'a pas été précisé dans 44,6 % ( $n = 66$ ). Dans 55,4 % ( $n = 82$ ) le niveau financier a été précisé et repartis comme suite :

- bas dans 67,1 % ( $n = 55$ ) ;
- moyen dans 29,2 % ( $n = 24$ ) ;
- élevé dans 3,7 % ( $n = 3$ ).

Le tableau VI illustre la répartition selon le niveau économique.

**Tableau VI : Répartition selon le niveau économique**

Niveau économique	Effectif	Pourcentage %
Bas	55	67,1
Moyen	24	29,2
Élevé	3	3,7
Total	82	100,0

### III.1.1.10 Répartition selon le niveau d'étude

Dans notre étude le niveau d'étude a été précisé dans 52,7 % ( $n = 78$ ) des cas. Dans 70 cas (47,3%) cas le niveau économique n'a pas précisée. Le tableau VII répartition de la population selon le niveau économique.

**Tableau VII : Répartition de la population selon le niveau économique**

Secteur d'activité	Effectif	Pourcentage %
Tertiaire	69	88,5
Primaire	8	10,3
Secondaire	1	1,3
Total	78	100,0

### III.1.2. Aspects cliniques

#### III.1.2.1 Délai de consultation

Dans notre étude, le délai de consultation était de 5-14 jours dans 42,6 % ( $n = 63$ ) ; moins de 5 jours dans 37,2 % ( $n = 55$ ) et les non précisés dans 20,3 % ( $n = 30$ ).

#### III.1.2.2 Itinéraire thérapeutique

Dans notre étude, 30,4 % ( $n = 45$ ) ont eu une prise en charge initiale dans :

- un poste de santé dans 24,4 % (11 cas) ;
- un centre de santé dans 15,6 % (7 cas) ;
- un hôpital dans 24,4 % (11 cas) ;

- une pharmacie dans 2,2 % (1 cas) ;
- traitement traditionnel dans 26,7 % (12 cas).
- clinique privée dans 6,7 % (3 cas).
- non précisée dans 69,6 % (103 cas).

L'itinéraire thérapeutique est illustré sur le tableau VIII.

Un traitement traditionnel à base de décoction orale était utilisé en automédication chez 12 cas avec une durée non précisée. Les malades ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 13 cas (8,8 %). Une aggravation de la symptomatologie a été notée dans 14 cas (9,5 %) après cette prise en charge initiale.

**Tableau VIII : Répartition de la population selon la prise en charge initiale**

<b>Prise en charge initiale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Tradipraticien	12	26,7
Poste de santé	11	24,4
Hôpital	11	24,4
Centre de Santé	7	15,6
Clinique privée	3	6,7
Pharmacie	1	2,2
Total	45	100,0

### **III.1.2.3. Antécédents**

#### **III.1.2.3.1. Médicaux**

On notait 14 cas d'érysipèle ; 5 cas d'AVCI ; 1 cas fasciite nécrosante avec plaie atone.

#### **III.1.2.3.2. Chirurgicaux et gynéco-obstétricaux**

Les antécédents chirurgicaux ont été trouvés dans 10 cas.

Une contraception aux œstroprogestatifs a été notée dans 1 cas.

### III.1.2.3.3. Habitude et mode de vie

- La dépigmentation artificielle a été notée dans 5,4 % ( $n = 8$ ). Les produits utilisés n'ont pas précisé dans notre étude ;
- l'éthylisme chronique a été noté chez 4 cas ;
- le tabagisme a été retrouvé dans 1 cas.

### III.1.2.4. Signes généraux

- Une fièvre dans 17 % des cas ( $n = 26$ ) ;
- une tachycardie dans 18,2 % ( $n = 27$ ) ;
- une hypertension artérielle dans 11,5 % ( $n = 17$ ) ;
- une polypnée dans 4,7 % ( $n = 7$ ) ;
- un indice de Masse corporel  $> 30 \text{ kg/m}^2$  dans 4,1 % ( $n = 6$ ).

### III.1.2.5. Formes cliniques

- ❖ Les dermohypodermites bactériennes étaient :
  - non nécrosantes (figures 8) dans 89,9 % ( $n = 133$ ) ;
  - nécrosantes sans atteinte de l'aponévrose superficielle (figure 9) dans 7,4 % ( $n = 11$ ) ;
  - nécrosantes avec atteinte de l'aponévrose superficielle (figure 10) dans 2,7 % ( $n = 4$ ).
- ❖ L'aspect clinique le plus fréquemment rencontré était celui d'une tuméfaction inflammatoire dans 140 cas soit 94,6 %, un placard érythémateux n'était représenté que 88 cas soit 59,5 %.
- ❖ La topographie retrouvée était :
  - le membre inférieur dans 95,9 % ( $n = 142$ ) ;
  - le membre supérieur dans 3,4 % ( $n = 5$ ) ;
  - visage dans 0,7 ( $n = 1$ ).
- ❖ Un décollement bulleux était associé aux DHB dans 25 cas soit 16,8 %.
- ❖ Une adénopathie satellite était retrouvée dans 11 cas soit 7,4 %.



**Figure 9 : Érysipèle bulleux de la jambe chez une patiente de la cinquantaine à porte d'entrée un intertrigo interorteil (Dermatologie HPZ)**



**Figure 10 : Dermohypodermite nécrosante de la jambe chez une patiente  
(Dermatologie HPZ)**



**Figure 11 : Fasciite nécrosante du pied chez une patiente de la quarantaine  
(Dermatologie HPZ)**



### III.1.2.6. Facteurs de risques locaux

Une porte d'entrée était retrouvée dans 62,1 % ( $n = 92$ ). L'intertrigo inter orteil (figure 11) était plus représenté dans 37 cas. Dans 56 cas (37,8%) cas la porte d'entrée n'a pas précisée. Le tableau IX illustre la répartition des cas selon la porte d'entrée.

**Tableau IX : Répartition en fonction de la porte d'entrée**

<b>Porte d'entrée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Intertrigo inter-orteil	37	40,2
Plaie post-traumatique	36	39,1
Dermatose excoriée	16	17,4
Ulcère	3	3,3
Total	92	100,0



**Figure 12 : Intertrigo inter orteil du pied (Dermatologie HPZ)**

### **III.1.2.7. Facteurs régionaux**

Les facteurs de risque locorégionaux étaient un lymphœdème dans 14 cas, soit 9,5 %.

### **III.1.2.8. Facteurs généraux**

Les facteurs généraux ou terrain étaient à type de dépigmentation artificielle dans 8 cas, soit 5,4 % ; obésité dans 20 cas, soit 13,5 % ; HTA dans 21 cas, soit 14,2 % ; diabète dans 14 cas, soit 9,5 % ; VIH 1 dans 1 cas, soit 0,67 %.

### **III.1.2.9. Examens complémentaires**

#### **III.1.2.9.1. Biologie**

Une hyperleucocytose  $> 10\,000/\text{mm}^3$  à prédominance neutrophile était notée dans 43 cas soit 29,1 % ; normal dans 46 cas soit 31,1 % et non précisée dans 59 cas soit 39,9 %.

La vitesse de sédimentation n'a pas été réalisée dans notre étude.

La CRP faite était positive dans 63 cas soit 42,5 % ; négative dans 9 cas soit 6,1 % et dans 76 cas la CRP n'a pas dosé.

Une anémie était retrouvée chez 44 patients sur les 89 NFS réalisés soit 33,1 %.

Une thrombocytose était retrouvée dans 22 cas soit 14,9 % sur 89 NFS réalisées.

#### **III.1.2.9.2. Biochimique**

La glycémie à jeun était :

- supérieure à 1,26 g/dl dans 8,8 % ( $n = 13$ ) ;
- comprise entre 1,1 et 1,26 g/dl dans 3,4 % ( $n = 5$ ).

Les malades étaient diabétiques dans 9,4 % ( $n = 14$ ).

Le diabète était inaugural dans 2,7 % ( $n = 4$ ) et 14 cas étaient connus diabétiques avec une ancienneté moyenne non précisée.

#### **III.1.2.9.3. Bactériologie**

Un prélèvement local de la porte d'entrée a été réalisé dans 2,7 % ( $n = 4$ ).

Aucune hémoculture n'a été réalisée.

Le prélèvement local a permis d'isoler un agent pathogène dans 2,02 % ( $n = 3$ ).

Les germes identifiés étaient :

- *Pseudomonas aeruginosa* dans 1 cas ;
- *Citrobacter freundii* dans 1 cas ;
- *Proteus mirabilis* et *Staphylococcus aureus* dans 1 cas.

### **III.1.2.9.4. Imagerie**

#### **❖ La radiographie standard**

Une radiographie de la zone concernée était réalisée seulement dans 2 % ( $n = 3$ ).

Aucune anomalie n'a été décelée.

#### **❖ Électrocardiogramme**

L'ECG était réalisé dans 19,5 % ( $n = 29$ ). Il était normal chez 13 cas et notait des anomalies dans 16 cas soit 10,8 % qui étaient à type de :

- tachycardie sinusale chez les 4 cas ;
- HVG dans 2 cas ;
- BBD complet dans 2 cas ;
- défaut de progression de l'onde R dans 2 cas ;
- ischémie sous épigardique en latéral dans 2 cas ;
- BAV de premier degré dans 1 cas ;
- HAG dans 1 cas ;
- HBA dans 1 cas ;
- TACFA dans 1 cas.

#### **❖ Échographie cardiaque**

L'échographie cardiaque était réalisée dans 9 cas soit 6,08 % ; elle était anormale chez les 6 cas et notait des anomalies dans 6 cas :

- cardiomyopathie dilatée d'allure ischémique dans 1 cas ;
- dysfonction diastolique de type 1 dans 1 cas ;
- HTAP légère dans 1 cas ;
- HTAP modéré dans 1 cas ;
- insuffisance aortique modérée dans 1 cas ;
- insuffisance aortique sévère avec retentissement sur le cœur gauche dans 1 cas.

### ❖ **Échographie-Doppler veineux/artériel**

Une échographie-Doppler veineux ou artériel était réalisée dans 53 cas soit 35,8 %. Elle était normale dans 47 cas soit 88,6 %.

Les anomalies étaient :

- thrombose veineuse profonde dans 3 cas ;
- aspect de lymphangite associée à une hydarthrose du genou gauche dans 1 cas ;
- médiacalcosse diffus et surcharge athéromateuse non obstructive du réseau artérielle du membre inférieur dans 1 cas ;
- perte de l'architecture musculaire du 1/3 supéro médial de la cuisse gauche siège d'une collection hypoéchogène hétérogène estime à 60 cc dans 1 cas.

### **III.1.3. Aspects thérapeutiques**

- ❖ Une antibiothérapie était administrée en première intention chez tous les patients présentant une DHB.

Les différents antibiotiques utilisés sont représentés sur le Tableau X.

**Tableau X : Les différents antibiotiques**

<b>Médical, Antibiothérapie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Amoxicilline-acide clavulanique	124	83,8
Métronidazole	59	39,9
Gentamicine	21	14,2
Pénicilline G	14	9,5
Benzenthine penicilline	6	4,04
C3G	5	3,4
Amoxicilline	4	2,6
Imipenème	2	1,3
Érythromycine	2	1,3
Fluoroquinolone	1	0,67
Total	148	100,0

### ❖ **Adjuvants :**

- ✓ Des soins locaux de la porte d'entrée étaient systématiques dans tous les cas.
- ✓ Le vaccin antitétanique était fait dans 2,02 % ( $n = 3$ ) et le sérum antitétanique 2,02 % ( $n = 3$ ).
- ✓ Les antalgiques utilisés étaient à base de paracétamol dans 99 cas soit 66,89 % et le tramadol dans 17 cas soit 11,48 %.
- ✓ Les anticoagulants étaient utilisés chez 64 cas dont 58 cas soit 39,2 % à base HBPM, 4 cas soit 2,7 % à base d'AVK et l'acide acétyle salicylé dans 2 cas soit 1,4 %.
- ✓ Un traitement antidiabétique a été effectué chez tous les cas diabétiques avec :
  - une insulinothérapie seule dans 7 cas ;
  - un antidiabétique oral dans 5 cas.
- ✓ Un traitement antihypertenseur était utilisé dans 8 cas
- ✓ Un traitement de l'anémie dans 7 cas.

### ❖ **Traitement chirurgical**

Un débridement chirurgical a été effectué dans 12 cas soit 8,1 %.

### ❖ **Mesures physiques**

Une contention veineuse était prescrite en ambulatoire dans 8,1 % ( $n = 12$ ) et était à type de bas de contention.

### **III.1.4. Aspects évolutifs**

L'évolution des DHB était favorable dans 141 cas, soit 98,6 %. Cinq (5) cas perdus de vue ont été répertoriés. Le délai de guérison n'a pas été précisé chez 65 cas.

L'érysipèle avait un délai moyen de guérison de 20 jours avec des extrêmes de [10-30 jours]

La dermohypodermite bactérienne nécrosante avait un délai moyen de guérison de 25 jours.

Les complications étaient de 6,7 % ( $n = 10$ ) à type de :

- sepsis sévère dans 1 cas ;
- abcès dans 5 cas ;
- de lymphœdème dans 3 cas ;
- surinfection dans 2 cas.

Deux cas de décès (1,35 %) étaient répertoriés 1 cas dans un tableau de sepsis sévère et d'arrêt cardiaque et un 1 cas dans un tableau de sepsis sévère sur terrain d'HTA et d'antécédent d'adénectomie prostatique.

### III.2. Analyse multivariée

#### III.2.1. Type de DHB et sexe

Les femmes représentaient 7,4 % des cas de DHBN et 88,2 % des cas de DHBNN.

Les hommes représentaient 7,5 % des DHBN et 91,3 % des cas de DHBNN.

Le sexe n'influçait pas sur la survenue d'une forme nécrosante avec  $p = 0,50$ .

Le tableau XI illustre la corrélation entre le sexe et le type de DHB.

**Tableau XI : Corrélation entre le sexe et le type de DHB**

Type de dermohypodermite	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Érysipèle	91,3 % (73)	88,2 % (60)	89,9 % (133)
Dermohypodermite nécrosante	98,8 % (6)	95,6 % (5)	97,3 % (11)
Fasciite nécrosante	100,0 % (1)	100,0 % (3)	100,0 % (4)
Total	100,0 % (80)	100,0 % (68)	100,0 % (148)

### III.2.2. Type de DHB et la tranche d'âge

L'âge moyen des cas était de 55,83 avec des extrêmes de 13 et 90 ans. Les tranches d'âge les plus représentatives étaient celle de [41-50] et [51-60]. Il n'existait pas d'association entre l'âge et la survenue de DHB avec  $p = 0,6$ .

### III.2.3. Dépigmentation artificielle et type de DHB

Parmi les huit (08) patients utilisant une dépigmentation, les 5,3 % présentaient un érysipèle tandis que seul 1 cas avait la forme nécrosante. On ne notait pas une relation significative avec la dépigmentation artificielle avec  $p = 0,3$ .

Le tableau XII illustre la corrélation entre la dépigmentation artificielle et le type de DHB.

**Tableau XII : La corrélation entre la dépigmentation artificielle et le type de DHB**

Habitude et mode de vie	Type de dermohypodermite			Total
	Érysipèle	Dermohypodermite nécrosante	Fasciite nécrosante	
Dépigmentation artificielle	5,3 % (7)	9,1 % (1)	0,0 % (0)	5,4 % (8)
Total	100,0 % (7)	100,0 % (1)	0,0 % (0)	100,0 % (8)

### III.2.4. Traitement traditionnel et type de DHB

Parmi les patients ayant fait recours à la phytothérapie, les 5 % présentaient une DHBNN. Il n'y avait pas de relation significative entre la prise de médicaments traditionnels et la survenue de nécrose avec  $p = 0,5$ .

### III.2.5. Prise d'AINS et type de DHB

Treize patients avaient utilisé comme traitement initial des AINS dont 1 cas présentait une DHB de type nécrosant. Les patients présentant une DHBNN sans utilisation d'AINS étaient de 10 cas. Il n'existe pas de lien significatif entre la prise d'AINS et la survenue de nécrose avec  $p = 0,46$ .



Le tableau XIII illustre la corrélation entre l'utilisation d'AINS et le type de DHB.

**Tableau XIII : La corrélation entre l'utilisation d'AINS et le type de DHB**

Traitement moderne reçu	Type de dermohypodermite			Total
	Érysipèle	Dermohypodermite nécrosante	Fasciite nécrosante	
AINS	9,0 % (12)	9,1 % (1)	0,0 % (0)	8,8 % (13)
Corticoïdes	9,0 % (0)	9,1 % (0)	0,0 % (0)	8,8 % (0)
Total	100,0 % (12)	100,0 % (1)	0,0 % (0)	100,0 % (13)

### III.2.6. Type de DHB et facteurs généraux

Parmi les patients présentant une DHBN, seuls 2 cas étaient diabétiques et hypertendus. Il n'y avait pas de cas d'obésité ni de DA. Ainsi, il y avait peu de lien significatif entre les facteurs généraux et la survenue de nécrose avec  $p = 0,93$ .

Les différents facteurs de risque sont répertoriés sur le Tableau XIV.

**Tableau XIV : Type de DHB et facteurs généraux**

Antécédents personnels, médicaux	Type de dermohypodermite			Total
	Érysipèle	Dermohypodermite nécrosante	Fasciite nécrosante	
HTA	11,3 % (15)	27,3 % (3)	75,0 % (3)	14,2 % (21)
Obésité	26,3 % (20)	27,3 % (0)	75,0 % (0)	27,7 % (20)
Diabète	36,1 % (13)	36,4 % (1)	75,0 % (0)	37,2 % (14)
Total	100,0 % (48)	100,0 % (4)	100,0 % (3)	100,0 % (55)

## **IV. DISCUSSION**

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur les dossiers de malades pour une DHB sur une période de 43 mois (de janvier 2019 à juillet 2022). L'objectif spécifique était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des DHB chez les malades au service de dermatologie de l'hôpital régional et de l'hôpital de la paix de Ziguinchor. Ces services constituent le centre de référence dans la PEC des dermatoses au dans le sud du Sénégal. Ainsi, nos résultats pourraient être représentatifs du profil des patients présentant une DHB du membre, suivis en milieu hospitalier à Ziguinchor.

### **IV.1. Biais et limites**

Dans notre étude, nous avons trouvé un biais de sélection :

- les malades étaient recrutés en milieu hospitalier. Ils ne représentent pas, par conséquent, la population générale (biais de Berkson)

Les limites de notre étude étaient :

- l'accès difficile pour les archives ;
- le manque d'informations sur certains dossiers de malades concernant l'état civil, l'itinéraire thérapeutique, la prise en charge initiale, l'évolution après un traitement chirurgical ;
- le manque d'uniformisation des examens complémentaires chez tous les malades par défaut de moyens financiers notamment le coût onéreux de l'écho-Doppler veineux à 15 000 francs CFA, l'échographie cardiaque à 25 000 francs CFA.

## IV.2. Aspects épidémiologiques

L'âge moyen était de 55,83 ans avec des extrêmes allant de 11 ans à 89 ans. Ce résultat est proche de celui rapporté dans la littérature avec Diédhiou et al. ; Diatta et al. au Sénégal ; Bounouar M. au Maroc [3,9,15,52]. L'âge avancé retrouvé dans notre étude pourrait expliquer l'association des DHB avec les tares sous-jacentes de nos malades notamment le diabète, l'HTA et les cardiopathies.

Nous avons noté une nette prédominance masculine avec une sex-ratio de 1,17. Cette prédominance masculine a été rapportée dans la littérature [27,52]. Cependant Diatta [9] à Dakar dans une étude cas témoin de 150 cas avait retrouvé une nette prédominance féminine avec une sex-ratio de 0,42 ; Diédhiou [3] à Dakar dans sa série de 194 observations avait trouvé des résultats contraires avec une prédominance féminine ; Dioussé [42] à Thiès dans une série de 425 observations avait trouvé des résultats contraires avec une prédominance féminine. La prédominance des DHB chez les sujets de sexe masculin serait en partie justifiée par l'ampleur du phénomène de l'obésité, de l'HTA, du diabète dans nos régions.

Nos malades résidaient dans 90,1 % ( $n = 128$ ) dans le département de Ziguinchor. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nos différents services sont des hôpitaux de référence en matière de prise en charge des pathologies dermatologiques, des maladies internes et métaboliques dans le sud du Sénégal.

Les femmes au foyer les commerçants et sont les plus représentés avec respectivement des pourcentages de 32,9 % et 15,1 %. Elle serait expliquée, d'une part, par la représentativité de cette tranche de la population dans les consultations du service et, d'autre part, du fait qu'il s'agit d'un hôpital public accessible à toutes les catégories socio-professionnelles.

### IV.3. Aspects cliniques

Le délai de consultation était de 5–14 j dans 42,6 %, soit 20,3 % non précisé, témoigne d'un retard de consultation. Ces données étaient contraires à celles rapportées par Cissé et al. en Guinée, qui notaient un délai (de consultation) inférieur à 3 jours dans 80 % des cas [55]. Par contre, elles étaient conformes à celles de Saka B. au Togo (délai de consultation supérieur ou égal à 3 jours dans 84.6 % des cas) ; de Diédhiou au Sénégal (délai de consultation supérieur à 7 jours dans 59.7 % des cas) ; de Diatta au Sénégal (délai de consultation de 5-14 jours dans 54.7 % des cas) et celles de Diallo (délai de consultation 6 jours) [3,9,17,43]. Ce retard de consultation pourrait s'expliquer par des difficultés financières, mais également par le recours à l'automédication traditionnelle (8 %) et/ou le passage des malades dans les structures périphériques.

Dans notre étude l'érysipèle était noté dans 89,9 % ( $n = 133$ ). La topographie au membre inférieur était retrouvée dans 95,9 % ( $n = 142$ ). Ces résultats sont superposables à ceux de Diatta [9] ; Diédhiou [3] ; Diallo [43] qui avaient retrouvé une localisation plus fréquente de l'érysipèle au niveau du membre inférieur. La topographie au membre supérieur était notée dans 5 cas (3,4 %). Diallo [43] avait rapporté un résultat similaire avec une fréquence de 4 %. Diatta A.T. [56], dans une étude faite à Dakar, avait noté une topographie au membre supérieur des DHBNN dans 71,4 % des cas. La topographie au niveau du visage était notée dans 1 cas (0,7 %), superposable à celle rapportée par Diallo [43] dans 4 cas. Le siège des DHB semble être déterminé par la présence de facteurs de risque locaux régionaux [9].

Un décollement bulleux était associé aux DHB dans 16,8 % des cas ( $n = 25$ ). Ce taux est inférieur à ceux de Diatta au Sénégal (46 %) et de Diédhiou (38,1 %) [3,9]. Le décollement bulleux n'était pas significativement associé à la dépigmentation artificielle.

Une adénopathie satellite inguinale était notée dans 7,4 % ( $n = 11$ ), superposable à celle rapportée par Diédhiou [3] dans 23,7 %. Contrairement à Diatta [9] qui

avait retrouvé une adénopathie satellite inguinale dans 46 % ( $n = 69$ ). Cette disparité peut s'expliquer par le stade évolutif de la maladie au moment de la consultation.

L'adénopathie a été déjà décrite dans la littérature comme associée à l'érysipèle au stade aiguë [8].

Dans notre étude nous avons trouvé la présence d'une porte d'entrée dans 62,16 % ( $n = 9$ ). Diédhiou [3] et Diatta [9] au Sénégal et Saka b au Togo avaient noté des résultats similaires. La porte d'entrée la plus retrouvée était l'intertrigo inter orteil. Cette augmentation de la fréquence de l'intertrigo est due aux ablutions pluriquotidiennes de la population au Sénégal à majorité musulmane et le port de chaussure fermé.

Dans notre série, un lymphœdème était présent dans 9,5 %. Ces données sont similaires à celles retrouvées dans la littérature. Diallo M. au Sénégal avait retrouvé 9 % de cas de lymphœdème [43]. Cette faible prévalence pourrait s'expliquer par le fait que le recrutement n'ayant pas été fait en oncologie.

Dans notre étude les DHB étaient associées significativement à des facteurs de risque généraux. Les facteurs généraux ou terrain étaient à type de dépigmentation artificielle dans 8 cas soit 5,4 %, une obésité dans 20 cas soit 13,5 %, HTA dans 21 cas soit 14,2 %, diabète dans 14 cas soit 9,5 %, VIH dans 1 cas soit 0,67 % des cas. Ils étaient rapportés dans la littérature, mais avec des proportions différentes. Un terrain d'obésité était noté par Pitché et al. en Afrique subsaharienne dans 38,7 % des cas d'érysipèle avec une relation statistiquement significative de 0,001 [44]. C'était le cas dans l'étude cas-témoins multicentrique récente faite en Afrique subsaharienne qui a confirmé que le blanchiment de la peau était un facteur de risque important de survenue de DHB dans 20,1 % des cas avec un OR = 4,29 (IC 95 % [2,35–7,83]) [44].

Dioussé P. au Sénégal avait noté également une utilisation de produits dépigmentant dans 31.8 % des cas [2]. Dans l'étude de Dioussé et al., l'hypertension artérielle était associée aux DHB dans 8.7 % des cas avec un  $p = 0,013$ [37]. Le diabète était noté dans 79 % des cas de DHB dans la série de Diédhiou [3]. Cette prévalence très importante du diabète dans cette étude pourrait s'expliquer en partie par le fait que les cas étaient recrutés dans le service de référence national pour la prise en charge des maladies endocriniennes et en particulier du diabète.

Cependant Dupuy [59], Mokni [58], Björnsdóttir [57] dans leur étude cas-témoins n'avaient pas retrouvé de facteurs de risque généraux associés à la survenue de l'érysipèle.

Une hyperleucocytose  $> 10\,000/\text{mm}^3$  était notée dans 43 cas soit 29,1 %. Contrairement à l'étude de Diatta [56] qui avait retrouvé une hyperleucocytose  $> 10\,000/\text{mm}^3$  à polynucléaire neutrophile dans 64 % ( $n = 69$ ). Cette absence d'hyperleucocytose (31,1 % restant dans notre étude) pourrait, en partie, être expliquée par la mise en route d'un traitement antibiotique avant l'admission.

Une anémie était retrouvée dans 33,1 %. Diatta et al. (Sénégal) et Diatta A.T. avaient retrouvé un résultat similaire avec une anémie qui était microcytaire dans 58 % des cas [9,56]. Cette anémie peut être multifactorielle d'origine inflammatoire et/ou carencielle.

Le diabète était déséquilibré dans 8,8 % ( $n = 13$ ). Contrairement à l'étude de Diédhiou [3] qui avait trouvé un diabète sucré dans 79 % des cas. La DHB était la circonstance de découverte du diabète dans 2,7 % ( $n = 4$ ). D'où l'intérêt du contrôle de la glycémie devant tout DHB.

Dans notre étude le streptocoque n'a pas été isolé par les prélèvements locaux. Ceci témoigne de la difficulté d'isolement du streptocoque qui agit principalement par l'intermédiaire de sa toxine.

Elle a permis d'objectiver une thrombose veineuse associée dans 3 cas. L'association de la thrombose veineuse avec les DHB avec un risque faible a été rapportée dans la littérature [7].

#### **IV.4. Aspects thérapeutiques**

Les soins locaux de la porte d'entrée étaient systématiques chez tous nos patients. Trois malades avaient reçu une vaccination antitétanique.

L'association amoxicilline-acide clavulanique était le traitement de première intention des DHB dans 124 cas. D'autres pénicillines étaient aussi utilisées : pénicilline G dans 6 cas. Comparée aux données de la littérature, la pénicilline G constituait l'antibiotique de première intention dans plusieurs études antérieures. C'était le cas dans l'étude de Pitché et al en Afrique subsaharienne (100 %), Diatta au Sénégal (51,3 %) [9,44]. Cependant, il existe peu d'études prospectives comparant l'efficacité d'autres antibiotiques que la pénicilline G dans la prise en charge de la DHB. L'utilisation importante de l'amoxicilline-acide clavulanique dans notre série pourrait s'expliquer par son accessibilité à un coût moindre, son efficacité, mais aussi favorisée par l'indisponibilité de la pénicilline G sur une longue période et de sa lourdeur d'administration.

Les anticoagulants ont été utilisés dans 41,2 % ( $n = 61$ ) à dose préventive. Trois malades seulement avaient reçu une anticoagulation à dose curative pour une thrombose veineuse profonde associée au DHB. La place des anticoagulants dans la prise en charge des DHB en l'absence de thrombose veineuse associée reste controversée. Il n'existe pas encore à notre connaissance de consensus sur la mise systématique des anticoagulants au cours des DHB. Le traitement antidiabétique (insuline et ADO) a permis de restaurer un équilibre glycémique dans 14 cas. La réalisation d'une glycémie à jeun devrait être systématique devant tout DHB car 2,7 % ( $n = 4$ ) de nos malades avaient un diabète inaugural de découverte fortuite. Le traitement chirurgical était réalisé dans 8,1 % ( $n = 12$ ). Diatta AT et Diatta avaient rapporté comme résultats 23,8 % et 16 % respectivement [9,56].

Cependant, le coût onéreux du débridement chirurgical qui nécessite en outre une anesthésie générale pourrait retarder quelques fois la prise en charge des DHBN dans notre contexte.

Nous avons prescrit de la benzathine-pénicilline (Extencilline®) 2,4 millions d'unités administrées à raison d'une injection toutes les 3 semaines que dans 4,7 % ( $n = 7$ ).

#### **IV.5. Aspects évolutifs**

L'évolution était favorable dans 98,6 % ( $n = 141$ ). Ces résultats sont conformes aux données de la littérature. C'était le cas dans l'étude de Dioussé P. au Sénégal 89 %, Saka B. au Togo 93 % et Diatta au Sénégal 96 % [9,17,42]. Le délai moyen de guérison était de 20 jours pour l'érysipèle, de 25 jours pour les DHBN avec ou sans fasciite. Ce long délai de guérison des DHBN était lié à la prise en charge médico-chirurgicale. En effet, la prise en charge des formes nécrosantes nécessite, en plus de l'antibiothérapie, un débridement des tissus nécrosés en milieu chirurgical et des soins locaux pour la cicatrisation. Les complications étaient notées dans 6,7 % des cas proches de celles retrouvées par Pitché et Diatta respectivement dans 10 et 7,3 % [9,44].

Nous avons noté 2 cas de décès par sepsis associés à des facteurs de comorbidité notamment une adénomectomie prostatique et une cardiomyopathie décompensée. Ce taux de décès est similaire à celui retrouvé dans les études de Saka 2 cas, Diallo 2 % [17,44].



# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Les dermohypodermites bactériennes constituent l'ensemble des infections primitives aiguës, plus rarement subaiguës touchant le tissu dermohypodermique et dont l'étiologie bactérienne est dominée par le streptocoque bêta-hémolytique notamment du groupe A [9]. Il existe trois formes de dermohypodermites que sont la forme non nécrosante, la forme nécrosante sans fasciite nécrosante et la fasciite nécrosante [3].

Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) est le germe le plus fréquemment en cause, mais une association polymicrobienne est fréquemment notée et le problème reste encore compliqué du fait que la preuve bactériologique est difficile à obtenir en pratique [4,9].

Plusieurs publications occidentales [6,7] et africaines [3,8,9] ont noté une nette recrudescence de ces infections dermohypodermiques particulièrement l'érysipèle. Selon certains auteurs [4,8,9] cette recrudescence serait liée à l'augmentation des facteurs de risque qu'ils soient locorégionaux (porte d'entrée, anomalie vasculaires) et généraux (hypertension artérielle, diabète, obésité, dyslipidémie, tabagisme, éthylisme, dépigmentation artificielle).

Au Sénégal, Diedhiou et Diatta avaient rapporté que ces DHB étaient le premier motif d'hospitalisation dans les services de médecine interne de Dakar [4,9]. Ces DHB sont graves par la mise en jeu du pronostic vital lié au choc septique et la décompensation de tare sous-jacente. L'identification de ces facteurs de risque est fondamentale, car leur prise en charge permet d'améliorer le pronostic des malades présentant une DHB.

Cependant peu d'études sur les facteurs de risque des DHB ont été rapportées dans la littérature alors que leur identification s'avère nécessaire afin d'améliorer leur prise en charge.

C'est dans cette optique que nous avons jugé opportun de réaliser ce travail avec comme principal objectif de déterminer le profil épidémio-clinique, paraclinique, thérapeutique, évolutif des dermohypodermites bactériennes en milieu hospitalier à Ziguinchor.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude multicentrique transversale avec un recueil rétrospectif des données portant sur les dossiers de malades hospitalisés pour une DHB de janvier 2019 à juillet 2022 dans le service de Dermatologie de l'HRZ et de la HPZ. Des fiches d'enquêtes pré établies nous ont servi de support de collecte de données et l'analyse des données a été effectué sur le logiciel Sphinx Démo et SPSS 13.0. La comparaison des variables était effectuée grâce aux tests de Chi<sup>2</sup> ou de Fisher. La différence était statistiquement significative si  $p$  inférieure ou égale à 0,05.

#### ❖ **Sur le plan épidémiologique :**

Durant cette période, nous avons colligé 148 cas de DHB dont 70 cas, soit une fréquence de 1,87 %, sur les 3 737 malades à l'HPZ et 78 cas, soit une fréquence de 1,31 %, sur 5 921 malades, répartis en 133 cas de DHBNN et 11 cas de DHBN et 4 cas de fasciite nécrosante.

L'âge moyen des malades était de 55,83 ans avec des extrêmes allant de 11 ans à 89 ans et un écart-type à 18, 06.

Une prédominance masculine était notée avec 68 femmes (45,9 %) et hommes 80 (54,1 %), soit un sex-ratio de 1,17.

La majorité cas soit une fréquence de 90,1 % des malades résidaient dans le département de Ziguinchor.

Les femmes au foyer étaient les plus représentés soit 32,9 % des cas.

Le niveau socio-économique des malades était bas dans 67,1% des cas ( $n = 55$ ), moyen dans 29,2 % des cas ( $n = 24$ ) et élevé dans 3,7% des cas ( $n = 3$ ).

#### ❖ **Sur le plan clinique :**

Le délai de consultation était moins de 5 jours dans 37,2 % des cas ( $n = 55$ ) ; compris entre 10 et 14 jours dans 42,6 % ( $n = 63$ ).

Une prise en charge initiale était notée dans 50,6 % ( $n = 76$ ) dont 24,4 % dans un poste de santé, 15,6 % dans centre de santé, 24,4 % dans un hôpital, 26,7 % chez

les tradipraticiens et 6,7 % dans une clinique privée. Le traitement initial était fait à base d'AINS dans 8,8 % des cas ( $n = 13$ ).

Un traitement traditionnel était utilisé en automédication dans 12 cas.

Une aggravation de la symptomatologie dans 9,5 %.

L'érysipèle était récidivant dans 14 cas.

Une fièvre était présente à l'admission dans 17% ( $n = 26$ )

Les malades avaient une hypertension artérielle dans 11,5 % ( $n = 17$ )

Une polypnée était notée dans 4,7 % ( $n = 7$ )

L'indice de masse corporel (IMC) était  $> 30 \text{ kg/m}^2$  dans 4,1% ( $n = 6$ ).

Les dermohypodermes bactériennes étaient non nécrosantes dans 89,9 % ( $n = 133$ ), nécrosante sans atteinte de l'aponévrose superficielle dans 7,4 % ( $n = 11$ ) et nécrosante avec atteinte de l'aponévrose superficielle dans 2,7 % ( $n = 4$ ). L'aspect clinique le plus fréquemment rencontré était une tuméfaction inflammatoire dans 94,6 % des cas ( $n = 140$ ). Un décollement bulleux était associé aux DHB dans 16,8 % des cas ( $n = 25$ ). Une adénopathie satellite était retrouvée dans 7,4 % des cas ( $n = 11$ ). Les DHB siégeaient aux membres inférieurs dans 95,9 % ( $n = 142$ ) ; aux membres supérieurs dans 3,4 % ( $n = 5$ ) ; au visage dans 0,7 ( $n = 1$ ).

Une porte d'entrée n'était retrouvée que dans 62,1 % des cas ( $n = 92$ ). L'intertrigo inter orteil et le traumatisme étaient les mécanismes lésionnels les plus retrouvés dans notre série avec une fréquence respective de 40,2 % et 39,1 % des cas.

#### ❖ **Sur le plan paraclinique :**

À la biologie, une hyperleucocytose était présente dans 29,1% des cas ( $n = 43$ ).

La CRP était positive dans 42,5 % des cas ( $n = 63$ ).

À la bactériologie des prélèvements locaux ont été réalisés dans 2,7 % des cas ( $n = 4$ ). Les germes retrouvaient sont :

- *Pseudomonas aeruginosa* dans 1 cas ;
- *Citrobacter freundii* dans 1 cas ;
- *Proteus mirabilis* et *Staphylococcus aureus* dans 1 cas.

### ❖ **Sur le plan thérapeutique :**

Une antibiothérapie était instaurée chez tous les malades. L'association amoxicilline-acide-clavulanique était utilisée dans 83,8 % des cas ( $n = 124$ ), la Pénicilline G dans 9,5 % des cas ( $n = 14$ ), la métronidazole dans 39,9 % des cas ( $n = 59$ ),

Des soins locaux de la porte d'entrée étaient systématiques dans tous les cas. Les antalgiques utilisés étaient à base de paracétamol dans 66,89 % des cas ( $n = 99$ ) et de tramadol dans 11,48 % des cas ( $n = 17$ ).

Un débridement chirurgical était effectué dans 8,1 % ( $n = 12$ ) des cas de formes nécrosantes.

Les anticoagulants étaient utilisés chez 64 cas dont 58 cas soit 39,2 % à base HBPM, 4 cas soit 2,7 % à base d'AVK et l'acide acétyle salicylé dans 2 cas soit 1,4 %.

Un traitement antidiabétique a été effectué chez tous les cas diabétiques avec :

- une insulinothérapie seule dans 7 cas ;
- un antidiabétique oral dans 5 cas.

Un traitement antihypertenseur était utilisé dans 8 cas.

Un traitement de l'anémie dans 7 cas.

Une contention veineuse était prescrite en ambulatoire dans 8,1 % ( $n = 12$ ) et était à type de bas de contention.

### ❖ **Sur le plan évolutif :**

L'évolution des DHB était favorable dans 98,6 % des cas ( $n = 141$ ). Le délai de guérison était en moyenne de 20 jours [10-30 jours] pour l'érysipèle, de 25 jours pour la DHBN avec ou sans atteinte du fascia.

Des complications étaient présentes dans 6,7 % des cas ( $n = 10$ ) et étaient à type d'abcès dans 5 cas ; de lymphœdème dans 3 cas ; surinfection dans 2 cas.

Deux cas de décès (1,35 %) étaient répertoriés 1 cas dans un tableau de sepsis sévère et d'arrêt cardiaque et un 1 cas dans un tableau de sepsis sévère sur terrain d'HTA et d'antécédent d'adénectomie prostatique.

### ❖ **Facteurs de risque des DHB :**

Les facteurs de risque locorégionaux de DHB retrouvés étaient un lymphœdème dans 9,5 % des cas ( $n = 14$ ).

Les facteurs généraux étaient à type de dépigmentation artificielle dans 5,4 % des cas ( $n = 8$ ), l'obésité 13,5 % des cas ( $n = 20$ ), l'HTA 14,2 % des cas ( $n = 21$ ), le diabète 9,5 % ( $n = 14$ ), VIH dans 0,67 % ( $n = 1$ ).

Aucun facteur de risque de nécrose n'a été retrouvé dans notre étude : l'âge supérieur ou égal à 65 ans présente un  $\text{Chi}^2$  de Pearson = 0,5 et le diabète avec un  $p = 0,3$ .

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

#### ➤ **À la population :**

- Sécher les espaces inter-orteils après chaque ablution ou bains quotidiens ;
- Consulter un médecin devant toute grosse jambe douloureuse et fébrile ;
- Éviter l'automédication et surtout les AINS ;
- Lutter contre la dépigmentation artificielle ;
- Consulter au moindre traumatisme même minime ;
- Respecter les prescriptions médicales et les rendez-vous ;
- Bien veiller à l'équilibre du diabète, l'hypertension artérielle et la surcharge pondérale ;
- Respecter les ports de bas de contention en cas d'insuffisance veineuse ou lymphoedème.

#### ➤ **Aux personnels de santé :**

- Renforcer et actualiser les connaissances dans la prise en charge des infections dermohypodermes bactériennes ;
- Proscrire les AINS en cas de dermohypodermite bactérienne ;
- Référer les malades dans les centres spécialisés en cas de DHB grave.

➤ **Aux autorités sanitaires :**

- Lutter pour une réglementation de l'importation et de la vente des produits cosmétiques ;
- Assurer aux prestataires de soins des hôpitaux une formation continue en matière de prise en charge des urgences dermatologiques en particulier les DHB ;
- Améliorer le plateau technique des hôpitaux, laboratoires de bactériologie et de virologie leur permettant une bonne identification des agents infectieux ;
- Prévenir la dépigmentation artificielle.

# **RÉFÉRENCES**



1. **Dezoteux F, Staumont-Sallé D.** Prise en charge de la dermo-hypodermite aiguë non nécrosante bactérienne de l'adulte. *La Rev de Méd Interne.* 2021;42(3):186-92.
2. **Souad H.** Érysipèle expérience du service de dermatologie à l'hôpital militaire de Moulay Ismail de Meknès à propos de 113 cas. Thèse Méd., Maroc, N° 094/15.
3. **Diédhiou D, Lèye M, Touré M, Boiro D, Sow D, Lèye YM, et al.** Dermohypodermite bactériennes à Dakar : Rétrospective de 194 cas suivis en Médecine interne à la Clinique Médicale II. *Rev. Cames Santé* 2013;1(1):31-35.
4. **Coulibaly H.** Aspects épidémiologique et clinique de la fasciite nécrosante à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Thèse Méd., 2020.
5. **Dioussé P, Dione H, Diallo TAA, Bammo M, Gueye AM, et al.** Bacterial dermohypodermatitis in children and risk factors: experience of the Regional Hospital in Thies/Senegal. A retrospective study of 18 cases. *Rev Africaine de Méd Interne.* 2018;5(2):60-64.
6. **Chartier C, Grosshans E.** Erysipelas *Int J Dermatol* 1990;29:459-467.
7. **Guiot F, Lachapelle JM.** Érysipèle et fasciite nécrosante. *Louvain Med* 2002;121:107-116.
8. **Kanouté B.** Étude des facteurs de risque de l'érysipèle en consultation dermatologique au CNAM. Thèse Méd., 2015.
9. **Diatta BA.** Dermohypodermite bactériennes et facteurs de risque à Dakar : étude cas-témoins multicentrique. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2012. N° 181.
10. **Brengard-Bresler T.** Fasciites et dermo-hypodermite nécrosantes : expérience au CHRU de Nancy entre 2005 et 2014. Nancy, Thèse Méd., 2015
11. **Hamiche Y.** Manifestation et conduite des dermohypodermite chez les enfants. Université Mohammed V, Thèse Méd., Rabat, 2020 ; N° 344.
12. **Faraj PA, Berbich PA, Lazrak PB, Chkili PT, Alaoui PMT, Belmahi PA.** Université Mohammed V. Thèse Méd., Rabat, N° 173.
13. **Safi M.** Infections bactériennes cutanées : épidémiologie et nouvelles recommandations de prise en charge. Université Mohammed V. Thèse Méd., Rabat, 2021 ; N° 147.

- 14. Lenga Loumingou IA, Ossebi B, Loumingou JR.** Profil clinique et évolutif des fasciites nécrosantes au CHU de Brazzaville (Congo). HAL Id, 2015.
- 15. Bounouar M, Meziane M, Gallouj S, Mikou O, Mernissi F.** Facteurs prédictifs de complications au cours des dermohypodermites bactériennes : étude prospective au CHU Hassan II de Fès. Ann de Dermatol et de Vénérolog. 2012.
- 16. Hemmam K.** Dermohypodermite bactérienne et fascite nécrosante à propos de 32 cas à la clinique d'orthopédie et traumatologie du CHU Aristide Le Dantec. Ucad, Thèse Méd., Dakar, 2012 ; n° 110.
- 17. Saka B, Kombaté K, Mouhari-Toure A, Akakpo S, Boukari T, Pitché P, et al.** Bacterial dermohypodermatitis and necrotizing fasciitis: 104-case series from Togo. Med Trop Rev Corps Sante Colon 2011;71:162-4.
- 18. Mihaja NN, Rasoamampianina LE, Ravoatrarilandy M, Rakototiana AF, Hunald FA, Samison LH, et al.** Fasciite nécrosante de la paroi thoracique compliquant un empyème. Pan Afr Med J. 2013;16.
- 19. Urbina T, Hua C, Sbidian E, Ingen-Housz-Oro S, Duong TA, Wolkenstein P, et al.** Urgences dermatologiques en réanimation : infections nécrosantes de la peau et des parties molles et toxidermies graves. Charles PE, Delahaye A, éditeurs. Méd Intensive Réa. sept 2018;27(5):461-74.
- 20. Ndiaye M, Diadie S, Dioussé P.** The causes of member's lymphoedema: a retrospective study of 309 cases in Dakar. Our Dermatol Online. 30 juill 2020;11(Suppl.1):143-6.
- 21. Lahmam M, Amal S.** Dermo-hypodermes bactériennes : étude de 41 cas. 2008 .
- 22. Kaul R, Mcgeer A, Low DE, Green K, Simor A.** Population-based surveillance for group a streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features; prognosis indicators and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Am J Med 1997;103:18-24.
- 23. Eriksson B, Jorup R C, Karkkonen K.** Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. Clin Infect Dis. 1996;23:1091-1098.

- 24. El Bougrini J.** Évaluation des connaissances des médecins généralistes de la ville de Fès concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle. Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Thèse Méd., n° 197.
- 25. Jait N.** Érysipèle chez l'enfant : diagnostic et traitement. Université Mohammed V, Thèse Méd., Rabat, 2015 ; n° 108.
- 26. Denis F, Martin C, Ploy MC.** L'érysipèle : données microbiologiques et pathogéniques. 2000;30:296s-305s.
- 27. Dupuy A.** Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. 2000;30:291s-5s.
- 28. Hansmann Y.** De quelles données a-t-on besoin aujourd'hui pour prendre en charge un érysipèle ? . 2000;30:280s-90s.
- 29. Bidet Ph, Bonacorsi S.** Facteurs de pathogénicité de *Streptococcus pyogenes*. Archives de Pédiatrie. 2014;21:S54-61.
- 30. Bouvet A.** Dermohypodermite nécrosantes : Données microbiologiques et pathogéniques 2000;30:406-14
- 31. Vaillant L, Gironet N.** Complications infectieuses des lymphœdèmes. Rev Med Int 2002;23:403-7.
- 32. Martin A, Maladrya D, Philippe HJ.** Diagnostic et traitement des dermohypodermite bactériennes nécrosantes. Service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire, Hôpital Cochin, (AP-HP), (HUPC). Rev franco de cicatrisation. 2017;26(2).
- 33. Dezoteux F, Staumont-Sallé D.** Prise en charge de la dermo-hypodermite aiguë non nécrosante bactérienne de l'adulte. Rev Med Int 2021;42:186-92.
- 34. Lok C, Vabres P, Aractingi S, Aubin F, Avril MF, Bachelez H, et al.** Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. Ann Dermatol Vénérolog 2015;142:S83-100.
- 35. Bédos JP.** Dermohypodermite bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes: quels antibiotiques et comment ? Ann Fr Anesth Reanim 2006;25:982-5.

- 36. Ellis Simonsen SM, Van Orman ER, Hatch BE, Jones SS, Gren LH, Hegmann KT, et al.** Cellulitis incidence in a defined population. *Epidemiol Infect* 2006; 134:293-9.
- 37. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al.** Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes mellitus: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *J Diabetol*. 2009;52:17-30.
- 38. Binder JP, Revol M, Servant JM.** Dermohypodermite bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. *EMC - Tech Chir - Chir Plast Reconstr Esthét* 2007;2:1-11.
- 39. Blum CL, Menzinger SD.** Genné érysipèle : manifestations cliniques et prise en charge. *Rev Med Suisse* 2013 ; 9 : 1812-5.
- 40. Rodriguez C, Jary A, Sbidian E, Desroches M, Sitterlé E, Hua C, et al.** Dermohypodermite bactériennes nécrosantes-fasciites nécrosantes, pathologie plurimicrobienne sous diagnostiquée ? Apport de la métagénomique. *Ann Dermatol Vénéréol* 2016; 143:151.
- 41. Bernard P.** Pour une meilleure prise en charge des infections bactériennes courantes. *Ann Dermatol Vénéréol* 2019;146:607-9.
- 42. Diousse P, Ndiaye M, Dione H, Bammo M, Sow O, Seck F, et al.** Bacterial dermohypodermatitis at the Thies Regional Hospital, Senegal (West Africa): a retrospective study of 425 cases. *Our Dermatol Online* 2017;8:233-6.
- 43. Diallo M.** Profile of Bacterial Dermohypodermatitis in Senegal over a 30-year period. *Int J Dermatol Clin Res*. 2017:022-5.
- 44. Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané B-F, Sangaré A, Niamba P, et al.** Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins. *Ann Dermatol Vénéréol*. 2015;142:633-8.
- 45. Godoy JMP, Patricia G, Monica Y, Rafael M, Andre LF.** Epidemiological Data and Co morbidities of 428 Patients Hospitalized With Erysipelas. *Angiology* 2010;61: 492-494.

- 46. Tounkara TM, Soumah MM, Keita M, Diane BF, Kobele AK, Balde H, et al.** Aspects épidémiologiques et particularités cliniques des dermohypodermites bactériennes des membres supérieurs au service de dermatologie du CHU de Conakry. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2016;143:S21-2.
- 47. Oumou Niang S.** Les dermohypodermites bactériennes au Sénégal. *Ann Dermatol Vénéréol* 2013;140:11.
- 48. Lok C, Vabres P, Aractingi S, Aubin F, Avril MF, Bachelez H, et al.** Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2015;142:83-100.
- 49. Bichet M, et al.** Fasciites nécrosantes et dermohypodermites bactériennes nécrosantes : description d'une expérience centrafricaine et rappel des possibles diagnostics différentiels. *Bulletin de l'Association des léprologues de langue française.* 2016;31:26-32.
- 50. Zaoui K.** Recherche de facteurs de risque d'un premier épisode d'érysipèle de jambe (Étude cas-témoins prospective). Université Mohammed V. faculté de médecine et de pharmacie, Thèse Méd., Rabat, 2010 .
- 51. Crickx B, Chevron F, Sigal-nahum.B, Bilet S, Faucher F, Picard C et al.** Erysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Ann Dermatol Venereol.* 1991;118:11-6.
- 52. Aounallah A, Lahouel I, Belkahla M, Korbi M, Mbazaa A, Saidi W, Mokni S, Boussofara L, Gammoudi R, Ghariani N, Denguezli M, Belajouza C, Nouira R.** Érysipèle du membre inférieur : étude de 400 cas. *Our Dermatol Online.* 2017;8(Suppl. 1):15-19.
- 53. Grenier F.** Érysipèle : quelle prise en charge ? *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:429-442.
- 54. Denis F, Martin C, Ploy MC.** L'érysipèle : données microbiologiques et pathogéniques. *Med Mal Infect.* 2000;30(Suppl4):296-305.
- 55. Cissé M, Keïta M, Touré A, Camara A, Mchet L, Lorette G.** Bacterial dermohypodermatitis: a retrospective single-center study of 244 cases in Guinea. *Ann Dermatol Venereol* 2007; 134:748–51.

**56. Diatta AT.** Dermohypodermes bactériennes du membre supérieur : aspect épidémiologie, clinique, thérapeutique et évolutif portant sur 21 cas sur une période de 10 ans. Université Assane Seck de Ziguinchor, Thèse Méd., Ziguinchor, 2022, n° 50.

**57. Björnsdóttir S, Gottfredsson M, Thórisdóttir AS, Hilmarsdóttir I.** Risk factors for acute cellulitis of the lower limb: a prospective case-control study. Clin Infect Dis. 2005.

**58. Dieng M T, Diop NG, Niang S, Boye A.** Dermohypodermes bactériennes et dépigmentation artificielle : à propos de 60 cas au Sénégal. Nouvel Dermatol. 2001;20:630-632

**59. Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, Dhaoui R, Bouassida S, Amri M, Mokhtar I, Kamoun MR, Zahaf A, Chosidow O.** Risk factors for erysipelas of the leg in Tunisia: a multicenter case control study. Dermatology. 2006;212(2):108-12.

**60. Niamba P, Traore A, Ilboudo L, Traore Barro F, Bonkougou M, Niakara A.** Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des érysipèles au centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Méd. Afr Noire 2006 ; 53(4) :257-60.

**61. Gathse A, Bengui O, Ntisiba H.** Etude de 53 érysipèles hospitalisés au CHU de Brazzaville ; Congo. Bull Soc Pathol Exot 2006 ;99 :3-4

# **ANNEXES**

## ANNEXE 1

## FICHE D'ENQUÊTE

Date..... / ..... / .....

### I- ÉTAT CIVIL

Numéro d'ordre ..... /

Prénoms : .....Nom :.....

Date de naissance :.../...../..... Lieu de naissance : .....

Sexe : M  F

Ethnie : Wolof  Pulaar  Sérère  Mandingue  Diola  Autres :.....

Religion : Musulmane  Chrétienne  Autres :.....

Origine géographique.....

Lieu de résidence : Ziguinchor  Bignona  Cap Skirring  Guinée-Bissau

Autres :.....

N° téléphone.....

Profession :.....

Secteur d'activité : Primaire  Secondaire  Tertiaire

Niveau économique : bas  moyen  élevé

Situation matrimoniale : couple  marié(e) : monogamie  polygamie

Célibataire  divorcé  veuf (Ve)

Niveau d'étude : sans

- École française : primaire  secondaire  supérieur

- École arabe : primaire  secondaire  supérieur

Assurance Maladie : Sans  IPM  État  Autres :...

### II- Motif d'hospitalisation :

Motif d'hospitalisation : Tuméfaction inflammatoire de membre

Syndrome infectieux

Autres :.....

### III- Itinéraire thérapeutique :

Début : Moins de 5 jours  5 – 14 jours



**Prise en charge initiale :** Poste de santé  Centre de Santé  Hôpital   
Pharmacie  autres :.....

- **Traitement reçu : Traditionnel :** Décoction  Poudre  Bain

**Moderne :** AINS : oui  non  CORTICOÏDES : oui  non

- **Durée du traitement traditionnel :** jours :..... semaines : .....

- **Durée du traitement moderne :** jours : ..... semaines : .....

- **Évolution sous traitement :** stationnaire  Amélioration  Aggravation

#### IV- Antécédents

##### • Antécédents personnels :

- **Médicaux:** HTA  Cardiopathie  Obésité  Diabète  (si oui : Type :..... ;  
ancienneté :.....) Insuffisance veineuse  œdème des MI  lymphœdème   
Drépanocytose  Traumatisme  Maladie post-phlébitique   
Claudication intermittente  Érysipèle  Dermatose :  
type :..... Terrain de VIH  
Autre :.....

- **Chirurgicaux :** opéré(e)  non opéré(e)

- **Gynéco-obstétricaux :** Grossesse en cours

**Contraception :** -oui : œstroprogestatif  progestatif  autres :.....

- non

• **Antécédents familiaux :** tare familiale retrouvée : - Non  - Si oui :  
préciser :.....

##### • Habitude et mode de vie :

\* **Dépigmentation artificielle :** oui  non

Si oui :

- **produits utilisés :** propionate de clobétasol  hydroquinone

autres : .....

- **Quantité par mois :** nombre de tube :.....

- **mode d'application :** local  occlusion  autres :.....

- **Durée de la dépigmentation :** semaines :..... mois :..... année :.....

\* **Alcool :** oui  non

\* **Tabac :** oui  non

Si oui : nombre de paquet/année :.....

**V- Examen clinique :**

**Examen général :** T: .... °C ; Π : ..... ; TA : ...../.....mm Hg ; FR : .....  
c/mn ; Poids : ..... kg ; Taille : .....cm ; IMC : ..... tour de hanche :.....  
Périmètre abdominal :.....

**Examen dermatologique :**

- **Peau Glabre :** tuméfaction inflammatoire  placard érythémateux

**Décollement bulleux :** nombre de bulle :...taille : .....aspect nécrotique   
aspect purpurique  autre type de lésion :.....

**Topographie :** membre supérieur  membre inférieur  visage   
autre :.....

**Porte d'entrée :** intertrigo inter-orteil  ulcère  dermatose excorié   
autre :.....

- **Muqueuses:**.....

- **Phanères:**.....

• **Système spléno-ganglionnaire :** adénopathie satellite : oui  non

Si oui : nombre :... taille :....

Topographie :.....

**Splénomégalie :** oui  non

**•Appareil cardio-vasculaire :**

**Cœur :**.....

**Varice :** oui  non

**Perception des pouls :** oui  non

**Trainée lymphangitique :** oui  non

**Autres appareils :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Examens paracliniques :**

- hémoglobine :..... VS :.....CRP :.....Glycémie :.....

GB :.....Plaquettes :.....VGM :.....CGMH :.....TCMH :.....

- Prélèvement bactériologie : oui  non   
- Hémoduculture : oui  non  Prélèvement local : oui  non   
- Si oui germes  
identifiés :.....

- Radiographie membre  
concerné :.....

- ECG :.....

- Écho-Doppler : artériel  veineux   
résultats :.....  
.....  
.....

- Échographie cardiaque :.....

#### **VI- Diagnostic retenu :**

**Érysipèle**  **Dermohypodermite nécrosante**  **fasciite nécrosante**

**Terrain : diabète**  **obésité**  **HTA**  **dépigmentation artificielle**

**Autres** :.....

#### **VII- Traitement:**

##### **•Médical :**

Antibiothérapie : pénicilline G  Amoxicilline-acide clavulanique  aminoside   
autre :.....

Anticoagulants et Antiagrégants : HBPM  AVK  Acide acétyle salicylée

Autres traitements :.....

•Chirurgical : Débridement : oui  non

•mesures adjuvantes : -bas de contention : oui  non

#### **VIII- Évolution sous traitement :**

• Favorable : délai de guérison :.....

•complications : oui  type :.....

• décès : oui  tableau :..... Non

•perdu de vue

#### **IX- SYNTHÈSE :**

**Type de dermohypodermite** :.....

**Porte d'entrée :** .....

**Terrain :** .....

**Traitement reçu :** .....

**Évolution :** .....

## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

## PERMIS D'IMPRIMER

---

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

*Vu et permis d'imprimer*

Pour le Recteur, de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par Délégation

## **RÉSUMÉ**

### **PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES DERMOPYODERMITES BACTÉRIENNES DANS LES SERVICES DE DERMATOLOGIES DES HÔPITAUX RÉGIONAUX DE ZIGUINCHOR : ÉTUDE MULTICENTRIQUE RETROSPECTIVE PORTANT SUR 148 CAS**

#### **INTRODUCTION**

Une recrudescence des dermopyodermites bactériennes (DHB) a été notée en occident. L'existence de facteurs de risque locorégionaux et généraux a été incriminée par plusieurs auteurs comme étant responsable des modifications du profil épidémiologique des DHB. Peu d'études sont disponibles en Afrique portant sur les facteurs de risque de DHB. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs de risque des DHB et de déterminer leurs aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

#### **MÉTHODOLOGIE**

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers des malades pour une DHB dans les services de Dermatologie de l'HPZ et de l'HRZ sur une période de 43 mois (Du 01 janvier 2019 au 31 juillet 2022).

#### **RÉSULTATS**

Durant cette période, nous avons colligé 148 malades atteints de DHB. Le sex-ratio était de 1,17. L'âge moyen des malades était de 55,83 ans. Une prise d'AINS était notée dans 13 cas, soit 8,8 % avec aggravation du tableau dans 9,5 % des cas. Les dermopyodermites bactériennes non nécrosantes étaient retrouvées dans 133 cas, soit 89,9 % ; nécrosantes sans atteinte de l'aponévrose superficielle dans 11 cas ; soit 7,4 % et nécrosantes avec atteinte de l'aponévrose superficielle dans 4 cas, soit 2,7 %. Une porte d'entrée n'était retrouvée que dans 92 cas, soit 62,1 % des cas. L'association amoxicilline-acide-clavulanique était utilisée dans 124 cas, soit 83,8 %. Un débridement chirurgical était effectué dans 12 cas, soit 8,1 %. L'évolution était favorable dans 141 cas, soit 98,6 %. Les facteurs généraux associés aux DHB étaient à type de dépigmentation artificielle dans 8 cas, soit 5,4 % des cas ; d'obésité dans 20 cas, soit 13,5 % ; d'HTA dans 21 cas, soit 14,2 % ; de diabète dans 14 cas, soit 9,5 %. Les facteurs de risque régionaux étaient à type de lymphœdème dans 14 cas, soit 9,5 %.

#### **CONCLUSION**

Notre étude confirme la recrudescence des DHB avec une nette prédominance masculine ; les facteurs de risque locaux et généraux n'ont pas été retrouvés.

**Mots clés :** Dermopyodermite bactérienne, profil épidémiologique, Ziguinchor (sénégal)

**Auteur :** Mory GUEYE

**Email :** morygueye79@gmail.com