

Étude rétrospective de 53 érysipèles hospitalisés au CHU de Brazzaville, Congo.

A. Gathse (1), Obengui (2) & H. Ntsiba (3)

(1) Service de dermatologie. CHU, BP 32, Brazzaville, Congo. E-mail : agathse@yahoo.fr.

(2) Service d'infectiologie. CHU, BP 32, Brazzaville, Congo.

(3) Service de rhumatologie. CHU, BP 32, Brazzaville, Congo.

Courte note n° 2727. "Clinique". Reçue le 14 septembre 2004. Acceptée le 20 juillet 2005.

Summary: Retrospective study of 53 erysipelas cases in Brazzaville university hospital, Congo.

Hospitalizations for erysipelas became frequent in the Brazzaville (Congo) service of dermatology. A link between the use of topical corticosteroids for bleaching purpose and erysipelas cases of the leg in women users has been evoked. We carried out a retrospective survey over eleven months analysing 53 files of patients hospitalized for erysipelas, among which 48 cases (91%) concerned topical corticosteroids users and 5 cases of (9 %) non users. The average age of these patients was 26 years old, with extremes 18 and 55, for an hospitalization varying between 3 weeks and one month.

*erysipelas
topical corticosteroid
bleaching purpose
leg
hospital
Brazzaville
Congo
Sub-Saharan Africa*

*érysipèle
dermocorticoïde
dépigmentation
jambe
hôpital
Brazzaville
Congo
Afrique intertropicale*

Introduction

Depuis quelques années, nous avons constaté une résurgence des cas d'érysipèles hospitalisés dans le service de dermatologie du CHU de Brazzaville. Les facteurs de gravité de cette pathologie sont bien identifiés (4). Un lien entre l'utilisation des dermocorticoïdes à visée dépigmentante et l'augmentation du nombre des hospitalisations pour érysipèles mérite d'être évoqué.

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons mené une étude dans ledit service.

Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective au cours de laquelle nous avons colligé les dossiers des patients hospitalisés dans le service de dermatologie pour érysipèle entre mars 2003 et janvier 2004. Le diagnostic d'érysipèle a été retenu sur l'existence d'une dermohypodermite aiguë fébrile avec ou sans adénopathie satellite.

Les variables analysées ont été le sexe, l'âge, l'usage de dermocorticoïdes, la topographie des lésions, la porte d'entrée, le nombre d'hospitalisations pour érysipèle, la durée d'hospitalisation, la nature du produit, le nombre de tubes utilisés et le mode d'application.

Résultats

Durant cette période d'étude, 53 cas d'érysipèles ont été colligés, dont 48 cas (91 %) observés chez des patientes de sexe féminin qui utilisent des dermocorticoïdes à visée dépigmentante et 5 cas (9 %) observés chez des patients non pratiquants.

Chez ces 48 patientes, l'âge moyen était de 26 ans, extrêmes 18 et 55 ans. L'affection siégeait à la jambe droite dans 28 cas (53 %), à la jambe gauche dans 20 cas (38 %). Le traumatisme a constitué une porte d'entrée dans 30 cas (57 %). Les autres portes d'entrée étaient liées à un intertrigo inter orteil mycosique dans 9 cas (17 %), une dermatose prurigineuse dans 5 cas (9 %) et sans porte d'entrée décelable dans 4 cas (8 %). Trente-neuf patientes (74 %) en étaient à leur première hospitalisation, 6 (11 %) à leur deuxième hospitalisation et 3 (6 %) à leur troisième hospitalisation. La durée d'hospitalisation variait entre trois semaines et un mois.

Le clobétasol propionate (Dermoval®) était utilisé sous forme de crème dans 19 cas (36 %) et sous forme de gel dans 11 cas (21 %). La bétaméthasone (Diprosone®) a été utilisée sous forme de crème dans 7 cas (13 %), dipropionate disonide (Halog®) sous forme de crème dans 5 cas (9 %), et Epitopic® crème dans 4 cas (8 %).

Photo 1.

Erysipèle de la jambe gauche, secondaire à l'utilisation de dermocorticoïdes.
Erysipelas of the left leg after using corticosteroids.



Discussion

Les hospitalisations de plus en plus fréquentes pour érysipèle de jambe observées dans notre service laissent présager un facteur favorisant particulier. Les résultats de cette étude qui n'ont qu'une valeur indicative mettent en relief le rôle favorisant des dermocorticoïdes dans la survenue de cette affection. Les facteurs de risque de cellulite et érysipèle identifiés par DUPUY *et al.* (3) concernent le lymphoedème (71,2 %) et l'ulcère de jambe (62,5 %). ROUJEAU *et al.* (5) rapportent que l'intertrigo plantaire constitue la porte d'entrée la plus fréquente. Dans la littérature, la classique porte d'entrée est l'intertrigo mycosique (1).

On estime à 65 % la prévalence de Congolaises utilisant les produits dépigmentants. Durant la période d'étude, les cas d'érysipèles ont été colligés mensuellement, notamment 15 cas de mars à juin, 21 cas de juillet à octobre et 17 cas de novembre

à janvier. Une enquête de prévalence en population générale menée en 1990 à Bamako a trouvé 25 % des femmes adultes âgées de 15 à 45 ans (6). Les principales complications dermatologiques de cette pratique sont les dermatoses infectieuses souvent fréquentes et sévères sur ce terrain (6).

En France, l'érysipèle des membres inférieurs a supplanté celui du visage sans doute lié au rôle favorisant de l'insuffisance veineuse et/ou lymphatique (1). Dans une étude dakaroise (2), l'érysipèle de jambe constitue une cause principale d'hospitalisation dermatologique féminine sur le terrain des produits dépigmentants (2).

Certains effets indésirables de la corticothérapie locale (atrophie cutanée, action proinfectieuse) pourraient être des facteurs de risque supplémentaires dont l'importance nécessiterait d'être évaluée par une étude rigoureuse. En dépit de l'application de produit sur le visage, nous n'avons pas observé l'érysipèle à ce niveau.

Notre étude montre que l'utilisation des dermocorticoïdes comme dépigmentants dans la population féminine apparaît comme un facteur de risque supplémentaire qui augmente la survenue d'érysipèle de jambe. Très peu d'études statistiques fiables y ont été consacrées.

Références bibliographiques

1. Abrégés de Dermatologie. *Erysipèle*. Collège des enseignants de dermatologie – vénérologie de France. Ed. Masson 2000, 128-131.
2. DEL GIUDICE P, RAYNAUD E & MAHE A – L'utilisation cosmétique de produits dépigmentants en Afrique. *Bull Soc Pathol Exot*, 2003, **96**, 389-393.
3. DUPUY A, BENCHIKHI H, ROUJEAU JC, BERNARD P, VAILLANT L *et al.* – Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ*, 1999, **318**, 1591-1594.
4. NOBLESSE I, CARVALHO P, YOUNG P *et al.* – Facteurs de gravité des érysipèle de jambe. Journées dermatologiques de Paris 1-4 décembre 1999
5. ROUJEAU JC, SIGURGEIRSSON B, KORTING HC, KERL H, & PAUL C – Chronic dermatomycoses of the foot as risk factors for acute bacterial cellulitis of the leg: a case-control study. *Dermatology*, 2004, **209**, 301-307.
6. THIerno MT, DIOP NG, NIANG SO, BOYE A, GUEYE AD & NDIAY B – Dermohypodermite bactérienne et dépigmentation artificielle. A propos de 60 cas observés au Sénégal. *Nouv Dermatol*, 2001, **20**, 630-632.