

Grosse jambe rouge aiguë

J.-M. BONNETBLANC (Limoges), P. BERNARD (Reims), A. DUPU (Saint-Louis, Paris)

Objectifs

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

La « grosse jambe rouge aiguë » réalise un tableau clinique d'installation rapide en quelques heures (maximum 48 heures) associant un placard érythémateux assez bien limité, parfois extensif, uni ou bilatéral, associé souvent à un œdème et pouvant s'accompagner de signes infectieux. Un œdème du membre inférieur peut être primitif, du à la maladie causale, ou être secondaire à une pathologie associée (insuffisance lymphatique ou veineuse). Il est responsable d'une partie de la symptomatologie locale et doit être pris en compte dans le traitement.

LE DIAGNOSTIC POSITIF

L'interrogatoire

Il fait préciser :

- la date de début et les modalités évolutives (début brutal ou insidieux, extension rapide ou lente, ...),
- la précession par des prodromes : frisson, douleur locale... ;
- les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné : chirurgie osseuse ou vasculaire, présence d'un corps étranger... ;
- un antécédent récent d'une pathologie du pied ou de la jambe (douleur ou prurit inter-orteils, traumatisme, grattage, arthralgie, entorse ou tendinite de la cheville, ...)
- la notion d'un œdème chronique de jambe soit par stase veineuse (insuffisance veineuse, post phlébitique, ...) ou par stase lymphatique, avec la présence éventuelle d'un ulcère de jambe ;
- les traitements déjà instaurés, notamment les antibiotiques par voie générale et les traitements topiques ;
- la notion de morsure animale, de piqûre ;
- l'existence de maladies associées : diabète, insuffisance veineuse, artériopathie, rhumatismes..., sans oublier un alcoolisme chronique.

Les signes subjectifs locaux sont variables. Une sensation de brûlure locale est plus fréquente, de tension douloureuse si l'œdème est important. Un prurit peut être présent. La symptomatologie douloureuse est aggravée par la position déclive, ou la palpation.

L'examen clinique

Il recherche :

- le siège uni- ou bilatéral des lésions ;
- la nature des lésions élémentaires cutanées. Par définition l'érythème est associé à un œdème. Le plus souvent l'érythème est rouge vif. L'œdème de la plaque est souvent tendu mais dépressible. Sa palpation est douloureuse. L'œdème peut être plus étendu, ferme, avec perte de ballotement du mollet. Une douleur à la pression ou à la dorsiflexion du pied font évoquer une thrombose veineuse profonde. Des vésicules et/ou des bulles peuvent être présentes. Un œdème de constitution rapide peut entraîner des décollements superficiels étendus, en particulier chez le sujet âgé. Il faut rechercher attentivement :
 - des lésions de nécrose superficielle ou profonde (elles sont marquées par une pâleur de certaines zones ou des plaques noirâtres) ;
 - la bonne limitation des lésions cutanées et leur étendue sont évocatrices d'un érysipèle (diagnostic le plus fréquent) ;
 - une porte d'entrée potentielle : intertrigo inter-orteils, ulcère de jambe, plaie traumatique, excoriations, lésions de grattage, piqûre d'insecte... ;
 - des signes neurologiques (hypo- ou anesthésie superficielle) ;
 - des signes d'insuffisance veineuse chronique : œdème vespéral, varices, dermatoliposclérose ;
 - les poulx périphériques pédiens et tibial postérieur, parfois difficiles à palper avec l'œdème ;
 - des signes régionaux : lymphangite, adénopathie inflammatoire inguinale homolatérale. La mobilité articulaire est conservée, un épanchement articulaire réactionnel est rare ;
 - des signes généraux : fièvre, altération de l'état général, signes de choc toxi-infectieux (hypotension, cyanose).

Tableau I. – Marqueurs de sévérité de l'érysipèle

Signes généraux et symptômes	Fièvre élevée avec confusion Désorientation Tachypnée Tachycardie Oligurie Hypotension Pâleur
Signes locaux	Douleur locale intense Œdème majeur Bulles hémorragiques Nécrose focale Hypoesthésie Livedo Crépitation
Autres facteurs	Co-morbidité : diabète, obésité Contexte social : sans domicile fixe

Les signes de gravité

Leur présence doit conduire à un diagnostic étiologique et à une prise en charge rapides. Leur présence fait suspecter une fasciite nécrosante (tableau I).

Le rôle délétère ou aggravant des anti-inflammatoires non stéroïdiens a été suspecté, sans jamais être prouvé. Il faut systématiquement les rechercher et, par précaution, les arrêter.

Les examens complémentaires

Il n'y a pas de bilan standard devant une grosse jambe rouge. Les examens à demander doivent préciser :

- la nature infectieuse : prélèvement bactériologique de toute lésion de jambe avec effraction cutanée, d'un intertrigo inter-orteil, numération et formule sanguine, protéine C réactive, antistreptolysines O (ASLO), antistreptodornases (ASD). Ils ne sont pas indispensables en cas d'érysipèle typique et leur rentabilité diagnostique (ASLO, ASD) est faible.

En cas de suspicion de thrombose veineuse : D-dimères, echo-Doppler des membres inférieurs ;

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

L'imagerie (radiologie, échographie des parties molles, examen par résonance magnétique) est limitée aux tableaux évocateurs de fasciite nécrosante. L'échographie peut être utile pour dépister un abcès profond.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Erysipèle

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë bactérienne à streptocoques β -hémolytiques A, plus rarement B, C ou G).

C'est une maladie fréquente. C'est le premier diagnostic à évoquer par argument de fréquence devant une grosse jambe rouge aiguë et fébrile. La maladie s'observe le plus souvent chez l'adulte après 40 ans, avec un âge moyen de survenue vers 60 ans. L'atteinte des membres inférieurs est favorisée par l'insuffisance veineuse et (ou) lymphatique. Les facteurs favorisants sont locaux (lymphœdème, porte d'entrée intertrigo inter-orteil, ulcère de jambe) et généraux (obésité). Le diabète et l'éthylisme chronique ne sont pas démontrés comme étant des facteurs de risque.

La forme habituelle est rencontrée chez l'adulte, où elle donne un tableau de « grosse jambe rouge aiguë fébrile » unilatérale.

Le début est brutal, par une fièvre élevée (39° à 40 °C) accompagnée de frissons, qui souvent précède de quelques heures l'apparition du placard cutané inflammatoire. C'est une plaque érythémateuse, œdémateuse, circonscrite et douloureuse à la palpation. Un bourrelet périphérique marqué est rarement retrouvé. Dans certains cas, des décollements bulleux superficiels, conséquence mécanique de l'œdème dermique, ou un purpura, sont observés sur le placard.

Des adénopathies inflammatoires homolatérales sont fréquemment associées. Une trainée de lymphangite homolatérale est présente dans un quart des cas.

Une porte d'entrée est décelable cliniquement dans les 2/3 des cas. Il s'agit de portes d'entrées cutanées minimales (intertrigo interdigito-plantaire, piqûre, traumatisme avec effraction cutanée passée inaperçue) ou évidentes (ulcère de jambe).

Devant un tableau typique et en l'absence de comorbidité, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Sinon ils montreraient une hyperleucocytose généralement importante ($\geq 10\,000/\text{mm}^3$) avec polynucléose neutrophile ($> 7\,000/\text{mm}^3$). Le syndrome inflammatoire biologique est important (VS ≥ 80 mm à la 1re heure ; protéine C réactive (CRP) souvent > 100 mg/L d'emblée). Les hémocultures sont de faible rentabilité ; elles ne sont pas réalisées systématiquement.

Des formes subaiguës, où la fièvre et l'hyperleucocytose sont modérées, voire absentes, ne sont pas rares, notamment au membre inférieur. Dans ces cas, le diagnostic repose sur les caractères cliniques du placard inflammatoire cutané et sa régression sous antibiothérapie antistreptococcique.

L'évolution est favorable en 8 à 10 jours sous traitement antibiotique dans plus de 80 p. 100 des cas. L'apyrexie est obtenue en 48 à 72 heures ; elle signe l'efficacité du traitement. Les signes locaux s'améliorent plus lentement, en une semaine. Une phase d'extension dans les premières 24 heures sous traitement (érythème débordant les limites initiales dessinées au feutre) est fréquemment observée. Une

phase de desquamation superficielle secondaire est parfois observée.

Des complications locales surviennent dans 5 à 10 p. 100 des cas, surtout en cas de maladies associées, d'immunodépression. Des abcès localisés superficiels, plus rarement profonds, doivent être incisés et drainés, parfois sous anesthésie générale.

Les complications systémiques sont très rares (< 5 p. 100 des cas) : septicémie à streptocoque, glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique, voire érythème noueux.

La récurrence est la complication la plus fréquente ; elle touche 20 p. 100 des malades. Elle survient sur un terrain d'insuffisance veineuse ou lymphatique chronique et elle est souvent associée à la persistance ou la récurrence d'une porte d'entrée chronique (dermatose, ulcère de jambe).

Autres dermo-hypodermes infectieuses

Le tableau clinique est variable.

Il peut ressembler à un érysipèle. Ce tableau semble plutôt s'observer chez des malades immunodéprimés. Les germes rencontrés sont *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* principalement ou des germes transmis par contact avec une eau souillée (*Vibrio vulnificus*, *Aeromonas hydrophila*).

Le tableau clinique est le plus souvent une dermo-hypoderme à évolution subaiguë. L'inflammation apparaît plus profonde et l'érythème est moins bien limité. Cette évolution subaiguë s'observe aussi après un début initial simulant un érysipèle ; l'évolution est moins favorable, avec une dermo-hypoderme qui ne répond pas au traitement anti-infectieux. Le diagnostic à éliminer est celui d'une fasciite nécrosante. Il faut rechercher une anesthésie locale et les autres signes de gravité locaux ou généraux.

Le tableau peut être plus aigu avec des signes locaux de gravité d'emblée. La présence de zones nécrotiques est évocatrice. Les signes généraux sont marqués, ainsi que les signes infectieux. Les examens complémentaires sont de peu d'utilité. Le diagnostic de fasciite nécrosante doit amener une prise en charge médico-chirurgicale rapide en unités de soins intensifs. Les germes responsables sont le streptocoque, le staphylocoque, des germes Gram -, des anaérobies. Ils peuvent être multiples.

S'il existe une notion de morsure animale (chat, chien), une pasteurellose d'inoculation doit être évoquée. Le même tableau de dermo-hypoderme infectieuse est présent. Une échographie est utile pour dépister une collection musculaire ou hypodermique qui devra être opérée.

Le rouget du porc peut être suspecté devant une plaie érythémateuse au pourtour oedématisé lors de blessures par un os de porc, de mouton, surtout d'arêtes de poisson ou de crustacés pour les jambes.

Dermo-hypoderme inflammatoire sur insuffisance veineuse

L'insuffisance veineuse chronique évolue progressivement avec des altérations cutanées visibles. Des téléangiectasies et des varices réticulaires (de petite taille, en mailles de filet,

siégeant au creux poplité où à la face externe des membres inférieurs) sont présentes au début. Les varices deviennent plus marquées et s'accompagnent d'un oedème. Ensuite apparaissent des troubles trophiques (pigmentation ou dermatite ocre, atrophie blanche et dermatoliposclérose). L'ulcération constitue le dernier stade.

La dermatoliposclérose est une infiltration scléreuse des jambes, prédominant à leur moitié inférieure. Progressivement elle diminue le périmètre jambier, devient très dure et s'accompagne d'un oedème sus et sous-jacent. Elle est quasiment spécifique de l'insuffisance veineuse, et complique souvent une thrombose veineuse profonde après plusieurs années. Sur ce terrain peuvent apparaître des poussées inflammatoires, simulant un érysipèle lorsqu'elle sont unilatérales. Ces poussées sont particulièrement douloureuses.

Autres dermo-hypodermes inflammatoires

Elles sont différentes. Il s'agit soit d'un tableau de panniculite qui associe des lésions nodulaires et des plaques inflammatoires hypodermiques, qui siège plutôt aux cuisses, à l'abdomen, aux bras, et qui peut s'intégrer dans un contexte systémique, soit de lésions nodulaires des membres inférieurs faisant discuter un érythème noueux.

Eczéma

L'eczéma est une dermatose immuno-allergique due à une hypersensibilité à un allergène de contact. Il est caractérisé cliniquement par un prurit, des vésicules sur base inflammatoire, et une bordure émiétée. Il est localisé à la région de contact avec l'allergène.

Des eczémas de jambe se voient chez des malades traités pour des ulcères. L'eczéma prédomine à la région péri-ulcéreuse mais peut s'étendre donnant une grosse jambe rouge suintante. Les allergènes les plus fréquemment rencontrés sont la lanoline, les antibiotiques locaux, les conservateurs, les émulsifiants, l'hydrocortisone, les dérivés de la colophane, ...

Un eczéma de jambe peut aussi s'observer à la suite d'applications d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pour des indications rhumatologiques articulaires. Il peut se surajouter une photosensibilisation comme avec le ketoprofène.

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

Une eczématisation est souvent observée sur un terrain d'insuffisance veineuse chronique. Elle peut être liée à un vrai eczéma de contact, mais parfois elle apparaît sans allergène démontré. Le mécanisme n'est pas connu. Les termes de « dermatite de stase, eczéma variqueux » sont aussi employés. Le rôle d'une inflammation non immune liée à l'hyperpression veineuse et au piégeage leucocytaire dermique n'est pas prouvé. Dans ces cas, la dermatose de type eczéma est initialement localisée aux deux jambes, parfois en regard d'une varice ou d'une perforante et a tendance à s'étendre au reste du corps. Une surinfection est possible. Une phase d'eczématisation chronique moins suintante et

squameuse s'installe secondairement, parfois compliquée par des poussées aiguës.

Thrombose veineuse

La thrombose veineuse profonde isolée ne donne pas de tableau de grosse jambe rouge. Elle peut, rarement, s'associer à un érysipèle, ce qui doit faire recourir en cas de doute à une exploration vasculaire (Echo Doppler veineux).

La thrombose veineuse superficielle est plus facile à diagnostiquer. Elle est linéaire et un cordon ou des nodules inflammatoires superficiels sont palpés.

Autres causes

Lors de photo dermatoses, une symptomatologie de type coup de soleil est rarement limitée aux seules jambes. Ceci est le plus souvent dû à une photo toxicité locale après application d'un topique photosensibilisant.

Le syndrome des loges correspond à un œdème musculaire mis en tension dans le fascia par un exercice physique violent. L'aspect inflammatoire simulant un érysipèle est exceptionnel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La thrombose veineuse profonde est souvent discutée.

La lymphangite réalise un trajet rouge inflammatoire, avec souvent une adénopathie inguinale. La lymphangite peut parfois réaliser une nappe. Elle peut être associée à un érysipèle.

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

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

Un zona sera facilement éliminé par la présence de vésicules et l'évolution clinique.

PRISE EN CHARGE

Mesures communes

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

Une hospitalisation est indispensable chaque fois qu'un traitement parentéral ou une surveillance rapprochée sont nécessaires (doute diagnostique, signes généraux très mar-

qués, risques de complications locales, comorbidité, contexte social rendant le suivi difficile en ambulatoire, échec d'un traitement ambulatoire antérieur bien conduit).

Traitement spécifique

Il est adapté au diagnostic étiologique. Il est facile dans les formes typiques.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPELE

Il doit être anti-streptococcique. Les β -lactamines sont à utiliser en première intention. La pénicilline G injectable est l'antibiotique de référence. Un traitement oral (amoxicilline : 3 à 4,5 g/jour) est possible ; il évite les contraintes du traitement IV et une hospitalisation. En traitement d'attaque chez les malades hospitalisés, la pénicilline G est utilisée à la dose de 10 à 20 millions d'unités par jour en 4 à 6 perfusions jusqu'à l'obtention de l'apyrexie. Le relais par une forme orale (pénicilline V 3 à 6 millions d'unités par jour en 3 prises, amoxicilline 3 à 4,5 g/jour en 3 prises) se fait jusqu'à disparition des signes locaux, soit 10 à 20 jours.

Les macrolides et surtout la pristinamycine peuvent constituer une alternative thérapeutique à utiliser en deuxième intention.

En cas d'intolérance ou d'allergie à la pénicilline, on prescrit pristinamycine 2 à 3 g/jour en 3 prises, un macrolide ou la clindamycine.

Le traitement de la douleur sera pris en compte.

Une prévention primaire du risque de récurrence se fera par le traitement d'une porte d'entrée (intertrigo inter-orteils, ulcère de jambe), l'amélioration des troubles circulatoires (port de bandes de contention, drainage lymphatique manuel), et une hygiène cutanée soignée. Chez les malades ayant eu plusieurs récurrences ou lorsque les facteurs favorisants sont difficilement contrôlables, une antibiothérapie préventive à base de pénicilline (benzathine-pénicilline : Extencilline® 2,4 millions intramusculaire toutes les 2-3 semaines ou pénicilline V 2 à 4 millions d'unités par jour en deux prises orales).

TRAITEMENT DES AUTRES DERMO-HYPODERMITES INFECTIEUSES

Il repose sur une antibiothérapie probabiliste. L'antibiothérapie initiale est à visée anti-streptococcique et anti-staphylococcique et ensuite adaptée au germe retrouvé sur le prélèvement. En cas de morsure animale une pénicilline A (amoxicilline) est l'antibiotique de référence, per os ou intra-veineuse, à la dose de 3 g par jour. Les macrolides ou la pristinamycine peuvent être utilisés en cas d'allergie aux β -lactamines.

TRAITEMENT D'UNE FASCIITE NÉCROSANTE

C'est une urgence médico-chirurgicale. Il doit être fait en milieu spécialisé. Il consiste à exciser toutes les zones nécrosées. Une antibiothérapie parentérale associant pénicilline G ou céphalosporine, et aminoside est débutée, adaptée ensuite selon les données de l'antibiogramme. Le métronidazole est utilisé en cas de suspicion de germes anaérobies. Une réanimation corrigeant le déficit nutritionnel, l'hypovolémie,

d'éventuels désordres glucidiques et électrolytiques est indispensable d'emblée.

TRAITEMENT D'UNE HYPODERMITE INFLAMMATOIRE EN RAPPORT AVEC UNE INSUFFISANCE VEINEUSE

Il est mal codifié. Le repos, les antalgiques sont de mise. Une contention est nécessaire mais pas toujours supportée. La colchicine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens oraux sont proposés par quelques auteurs.

TRAITEMENT D'UN ECZÉMA

Il repose d'abord sur l'éviction de l'allergène supposé. Des bains, des pulvérisations d'eau ont un effet calmant. L'utilisation des corticostéroïdes locaux amène une amélioration rapide.

TRAITEMENT ANTICOAGULANT

Par héparine calcique ou héparine de bas poids moléculaire à doses préventives, il n'est pas justifié. Il sera prescrit en cas d'antécédents de maladie thrombo-embolique.

Points clés

1. L'érysipèle est l'étiologie la plus fréquente des grosses jambes rouges aiguës et fébriles.
2. Le traitement des dermo-hypodermes bactériennes ne doit pas être retardé par l'attente des résultats d'examens complémentaires.
3. Egaleme nt fréquentes, sont les dermo-hypodermes inflammatoires sur insuffisance veineuse chronique aboutissant à la dermatoliposclérose du tiers inférieur de jambe, et subissant par épisodes des poussées inflammatoires.



Fig. 1. Erysipèle.



Fig. 2. Erysipèle avec décollements bulleux.



Fig. 3. Dermo-hypodermite nécrosante.



Fig. 4. Dermatitis eczématiforme sur insuffisance veineuse.



Fig. 5. Dermo-hypodermite sur insuffisance veineuse.