

Les dermohypodermites bactériennes associées à la grossesse : à propos de 43 cas

Bacterial dermis-hypodermatitis associated with pregnancy! a study about 43 cases

Dioussé P¹, Diatta B A², Thiam M³, Touré K⁴, Berthe A⁴, Dione H¹, Bammo M¹, Gueye L³, Seck F¹, Gueye N¹,
Cissé M L³, Lawson A T D⁴, Dieng M T², Diop B M⁴, Ka M M⁴.

- 1) Département de Dermatologie, Université de Thiès, Sénégal.
2) Département de Dermatologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal.
3) Département de Gynécologie et Obstétrique, Université de Thiès, Sénégal.
4) UFR Santé, Université de Thiès, Sénégal.

Résumé

But

Le but de ce travail était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs des dermohypodermites bactériennes chez les femmes enceintes.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique, menée dans des services de dermatologie et de gynécologie. Elle était menée du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2016 (8ans) et concernait tous les dossiers des femmes enceintes admises en consultation externe ou en hospitalisation pour une dermohypodermite bactérienne.

Résultats

L'étude portait sur 43 patientes. L'âge moyen était de 29 ans avec des extrémités de 20 à 43 ans. La fièvre était présente chez 46% des femmes. Elles étaient obèses dans 30% des cas. L'érysipèle bulleux était noté dans 61% des cas. Les femmes étaient reçues au deuxième trimestre dans 49% des cas. Les conséquences de l'infection sur la grossesse étaient la rétention d'œuf mort dans 9,3%, la menace d'avortement dans 4,7%, l'avortement 4,7%, l'infection néonatale dans 4,7% des cas. La dépigmentation artificielle était un facteur de risque de survenue de dermohypodermite avec une différence statistiquement significative $p=0,003$.

Conclusion

Les dermohypodermite bactériennes constituent des infections graves au cours de la grossesse. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic materno-fœtal du fait de leur sévérité et leurs complications obstétricales.

Mots clés : dermohypodermite bactériennes ; grossesse ; facteurs de risque ; Sénégal.

Summary

But

The objective of this study was to determine its epidemiological, clinical, para-clinical, therapeutic and evolutionary aspects.

Methods

This is a retrospective, multicentric study carried out at the Dermatology department of Aristide Le Dantec Hospital in Dakar, and in the Regional Hospital of Thies Dermatology and Gynecology departments. The study period was from January 1st, 2007 to December 31st, 2016 (8 years) and concerned all cases of Inpatient and Outpatient Pregnant women who presented dermis-hypodermatitis.

Results

The study included 43 patients. The mean age was 29 years with extremities of 20 to 43 years. Fever was present in 46% of women. They were obese in 30% of cases. The notion of trauma was found in 70% of cases. Bullous erysipelas was noted in 61% of cases. Women were received in the second trimester in 49% of cases. Biologically, there was leukocytosis (74.4%), diabetes (11.6%). The consequences of the infection on pregnancy were the retention of products of conception in 9.3%, the threatened abortion in 4.7%, abortion 4.7%, neonatal infection in 4.7% of cases. Artificial depigmentation was a risk factor for the occurrence of dermis-hypodermatitis with a statistical significance of $p=0.003$.

Conclusion

Bacterial dermis-hypodermatitis is a serious infection during pregnancy. It may involve the materno-fetal prognosis by its severity and obstetric complications.

Keywords: bacterial dermis-hypodermatitis; pregnancy; risk factors; Senegal.

Introduction

Les bactériennes (DHB) sont des infections du derme et de l'hypoderme dues le plus souvent au streptocoque bêta hémolytique du groupe A mais parfois peuvent être plurimicrobienne [1]. Une nette recrudescence des DHB a été rapportée récemment en Afrique subsaharienne. Cette modification du profil épidémiologique semble être liée à l'association avec des facteurs de risque tels que : le lymphœdème, les plaies post traumatiques, l'intertrigo inter-orteil, les ulcères vasculaires, l'obésité et la dépigmentation artificielle [2, 3, 4, 5]. Ces différents facteurs de risque sont souvent présents au cours de la grossesse et pourrait expliquer la survenue des DHB sur ce terrain [6, 7]. La gravité de l'association entre les DHB et la grossesse repose sur les échanges mutuels de mauvais procédés. D'une part, les DHB augmentent le risque de morbidité obstétricale liée au sepsis sévère, la défaillance multi viscérale et d'autre part la grossesse peut favoriser la survenue de formes sévères nécrosantes de DHB [8, 9]. L'objectif de notre étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs des DHB, au cours de la grossesse.

Patientes et méthodes

Type et lieu d'étude : Il s'agissait d'une étude rétrospective, multicentrique, menée dans les services de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec (Dakar), de dermatologie et de gynécologie de l'Hôpital Régional de Thiès.

Période d'étude : Elle était d'une durée de 8 ans allant du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2016.

Population d'étude : était constituée des femmes enceintes admises en consultation externe ou en hospitalisation pour une DHB.

Critères d'inclusion : nous avons inclus tous les dossiers des femmes enceintes suivies pour une DHB.

Les critères de non inclusion : nous avons exclus de l'étude les dossiers des femmes enceintes qui présentaient à l'admission des pathologies isolées ou associées à la DHB comme la phlébite, la myosite, la lymphangite, le phlegmon, la gangrène.

Les données : étaient recueillies sur un formulaire standard comprenant les variables :

- Sociodémographiques : âge, service de provenance,
- Cliniques : le délai de consultation, le traitement antérieur (prise d'antiinflammatoire non stéroïdien), le terrain (obésité ou surpoids, dépigmentation artificielle, hypertension artérielle,

lymphœdème, insuffisance veineuse, varices, cardiopathies), la porte d'entrée (plaie traumatique, intertrigo), la topographie et les formes anatomocliniques classés selon la Société Française De Dermatologie (SFD) [10] en modalités :

- La dermohypodermite aigue non nécrosante : atteinte inflammatoire, localisée, d'origine infectieuse, de la peau et du tissu cellulaire sous cutané sans nécrose ni atteinte de l'aponévrose superficielle ;
- La dermohypodermite aigue nécrosante : atteinte inflammatoire, localisée, d'origine infectieuse de la peau et du tissu cellulaire sous cutané avec de la nécrose n'atteignant pas en profondeur l'aponévrose superficielle ; l'atteinte de cette dernière donnait une fasciite.

La grossesse : l'âge gestationnel.

- para cliniques : l'hémogramme, la vitesse de sédimentation, la protéine C réactive, la glycémie à jeun, le bilan rénal, l'antigène HBs, la sérologie rétrovirale, l'écho doppler artério veineux des membres inférieurs,
- Le traitement entrepris : antibiothérapie, nécrosectomie, réanimation
- l'évolution : la durée d'hospitalisation, l'existence de complications (abcès, récidence, lymphœdème, éléphantiasis), le décès, le retentissement sur la grossesse (menace d'avortement, avortement, rétention d'œuf mort), issue de la grossesse (hypotrophie fœtale, prématurité, infection néonatale)

Analyse de données : les données étaient saisies et analysées à l'aide d'un ordinateur avec le logiciel SPSS version 20. Les tests statistiques étaient utilisés avec un seuil de significativité p <0,05.

Résultats

Nous avons colligé 43 cas dont 27 cas (62,8%) provenaient de l'hôpital régional de Thiès et 16 cas (37,2%) du l'hôpital Le Dantec de Dakar. La prévalence hospitalière des DHB au cours de la grossesse était de 6,3% à Thiès et de 3,5% à Dakar. L'âge moyen était de 29,4 ans ± 5,6 ans avec des âges extrêmes de 20 à 43 ans.

La fièvre était présente chez 46% (n=19) des femmes et 42% (n=18) avaient une fébricule. Elles étaient obèses dans 30% (n=12) des cas et 44% (n=18) étaient en surpoids. Le délai moyen entre les premières manifestations et la première consultation était de 7,44 jours avec des valeurs extrêmes de 2 à 17 jours. La notion de plaie post- traumatisme était trouvée dans 70% (n=30) des cas et d'intertrigo dans 19% (n=4). Des facteurs associés sont répertoriés (tableau1).

Tableau 1 : La répartition des patientes selon les antécédents.

Antécédents	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)	P value * p<0,05
Dépigmentation artérielle	25	69,4	0,003*
Lymphœdème	12	33,3	0,559
Varices	5	13,9	0,414
Insuffisance veineuse	5	13,9	0,414
Phytothérapie	5	13,9	0,414
Erysipèle	4	11,1	0,079
Prise anti inflammatoire non stéroïdien	3	8,3	0,785
Diabète	2	5,6	0,824
Hypertension artérielle	2	5,6	0,824
Cardiopathie	1	2,8	0,384
Total	43	100	

Les lésions étaient toutes localisées à la jambe et au pied. L'érysipèle était noté dans 19% (n=4) (figure 1), la forme bulleuse dans 61% (n=15), la forme nécrosante dans 20% (n=5). Les femmes étaient reçues au deuxième trimestre dans 49% (n=5) des cas, au troisième trimestre dans 46% (n=5) et 5% (n=5) au premier trimestre.

Elles avaient une hyperleucocytose dans 74,4% (n=32), une anémie dans 25,6% (n=11) des cas et un diabète dans 11,6% (n=5). La créatininémie était élevée chez 4,7% (n=2). La sérologie rétrovirale et l'antigène HBs étaient négatifs chez toutes les patientes.

Les patientes étaient hospitalisées dans 86% (n=36) et 16,3% (n=7) étaient transférées en réanimation. Une nécrosectomie était effectuée

dans 11,6% (n=5). Les complications obstétricales notées étaient une rétention d'œuf mort dans 9,3% (n=4), une menace d'avortement dans 4,7% (n=2), un avortement 4,7% (n=2), une infection néonatale dans 4,7% (n=2). La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,44 jours avec des extrémités étaient de 7 à 25 jours. Le lymphœdème résiduel était noté dans 74,4% (n=32), la chaleur locale persistante dans 62,8% (n=27%), la récurrence de la DHB dans 7,0% (n=3) des cas.

Parmi les facteurs associés, seule la dépigmentation artificielle était statistiquement significative ($p=0,003$) au risque de survenue de DHB.



Figure 1: Une dermohypodermite bactérienne de la jambe droite chez une femme enceinte pratiquant la dépigmentation artificielle.

Discussion

Notre étude rapporte une rareté de la DHB au cours de la grossesse, l'association avec des facteurs de risque connus de DHB et la gravité liée d'une part par les DHB nécrosantes et d'autre part par la survenue de complications obstétricales.

Les DHB sont rarement décrites sur grossesse. Quelques cas de fasciites nécrosantes ont été rapportés en cas clinique ou en petites séries dans la littérature anglaise [8, 9]. En Afrique, ces associations sont rarement décrites [6]. A cela s'ajoute, l'absence de connaissances de cette pathologie par les prestataires de santé qui s'occupent des consultations pré natales dans nos zones. Cette méconnaissance associée au recours à la phytothérapie et à l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens, pourraient expliquer le long délai de consultation dans notre série.

Plusieurs facteurs de risque sont incriminés dans le risque de survenue de DHB [2, 3, 6]. Ils sont souvent rencontrés lors de la grossesse. Les facteurs de risque locaux tels que le lymphœdème, l'insuffisance veineuse, les varices peuvent expliquer la topographie des lésions aux membres inférieurs. D'autres telles que les surcharges pondérales sont des facteurs de risque de survenue de la fasciite nécrosante et sont associés à un risque accru d'infections pendant la grossesse selon Magann et al [11]. Dans notre série, l'obésité était de 30% et le surpoids de 44%. La dépigmentation artificielle, quant à elle est un phénomène de société et a fait l'objet de nombreuses études en Afrique [6, 12, 13]. Les femmes ont tendance à accélérer la dépigmentation pendant la grossesse surtout au second et au troisième trimestre, en utilisant des produits plus agressifs pour être plus claires le jour du baptême de l'enfant au septième jour de la naissance. Kebe et al ont trouvé qu'environ 50% des femmes utilisaient des produits cosmétiques à visée dépigmentant pour être blanche le jour de leur cérémonie [14]. Ces produits essentiellement à base de corticoïdes entraînent une immunodépression locale et une fragilité de la peau. Aussi, Mbengue et al. ont trouvé que l'application prolongée de produits dépigmentant à base de corticoïdes entraînaient une altération de l'endothélium vasculaire [15]. En outre, la grossesse représente un

facteur de risque supplémentaire en raison de l'altération du système immunitaire au cours du deuxième, du troisième trimestre et de la période post-partum [12, 16]. Tous ces facteurs pourraient expliquer la prédominance des formes graves de DHB dans notre série et constituer des facteurs de morbidité obstétricale.

Le retentissement maternel à type de récurrence de la DHB pourrait être lié à la non maîtrise des facteurs de risque notamment le lymphœdème résiduel retrouvé dans 74,4% dans notre série. Les conséquences sur l'enfant se traduisant soit par une infection néonatale, une rétention d'œuf mort ou un avortement pourraient être multifactorielles. L'avortement était de 0,7% dans la série de Lavi et al [17] et de 4,7% dans notre série. Le syndrome infectieux retrouvé dans 46% dans notre série, constitue un facteur déterminant dans la survenue des complications obstétricales.

Conclusion

Les dermohypodermites bactériennes constituent des infections graves au cours de la grossesse. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic materno-fœtal du fait de leur sévérité et leurs complications obstétricales. La prise en charge précoce et le suivi multidisciplinaire pourrait permettre de réduire les complications de ces infections bactériennes au cours de la grossesse.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

- 1- Société Française de Dermatologie, Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Conférence de consensus. 2000. *Méd Mal Infect* 2000 ; 30 Suppl4 : 245-246.
- 2- Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ* 1999; 318 (7198):1591-1594.
- 3- Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, Dhaoui R, Bouassida S, Amri M, et al. Risk factors for erysipelas of the leg in Tunisia: a multicenter case-control study. *Dermatology* 2006; 212 (2):108-112.
- 4- Celestin R, Brown J, Kihiczak G, Schwartz R.A. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. *Acta Dermatovenereol Alp Panonica Adriatic* 2007; 16(3):123-127.
- 5- Pereira de Godoy JM, Galacini Massari P, Yoshino Rosinha M, Marinelli Brandao R, Foroni Casas AL. Epidemiological Data and Comorbidities of 428 Patients Hospitalized With Erysipelas. *Angiology* 2012; 61(5): 492-494.
- 6- Pitché P, Diatta BA, Faye O et al. Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins. *Ann Dermatol Venerol* 2015; 142: 633-638.
- 7- Diedhiou D, Lèye MM, Touré M, Boiro D, Sow D, Lèye YM et al. Dermohypodermites bactériennes à Dakar: étude rétrospective de 194 cas suivis en médecine interne à la clinique médicale II. *Rev. Cames Santé* 2013; 1(1): 31-35.
- 8- Nikolau M, Zampakis P, Vervita V et al. Necrotizing fasciitis complicating pregnancy: a case report and literature review. *Case Rep Obstet Gynecol* 2014. doi:10.1155/2014/505410.
- 9- Gallup DG, Freedman MA, Meguiar RV, Freedman SN, Nolan TE. "Necrotizing fasciitis in gynecologic and obstetric patients: a surgical emergency," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 187(2): 305-311.
- 10- Bernard P. Management of common bacterial infections of the skin. *Curr Opin Infect Dis* 2008; 21(2):122-128.
- 11- Magann EF, Doherty DA, Sandlin AT, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of an increasing gradient of maternal obesity on pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2013; 53:250-257.
- 12- Stagnaro-Green A, Roman SH, Cobin RH, El-Harazy E, Wallenstein S, Davies TF. A prospective study of lymphocyte-initiated immunosuppression in normal pregnancy: evidence of a T-cell etiology for postpartum thyroid dysfunction. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1992; 74(3): 645-653.
- 13- Dioussé P, Ndiaye M, Dione H, Bammo M, Sow O, Seck F et al. Bacterial dermohypodermitis at the Thies Regional Hospital, Senegal (West Africa): A retrospective study of 425 cases. *Our Dermatol Online* 2017; 8(3):233-236.
- 14- Kebe M, Yahya S, Lo B, Ball M. Etude des complications de la dépigmentation artificielle à Nouakchott, Mauritanie. *Mali Medical* 2015; 3(1): 38-40
- 15- Mbengue A, Diaw M, Akpo G, Deme H, Ouedraogo V, Sow AK. Evaluation of vascular function in depigmented black women: Comparative study. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology* 2017; 7 (4): 420-424.
- 16- Krause PJ, Ingardia CJ, Pontius LT, Malech HL, LoBello TM, Maderazo EG. Host defense during pregnancy: neutrophil chemotaxis and adherence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1987; 157(2): 274-280.
- 17- Lavi O, Watkins P. Necrotizing Fasciitis Associated with Pregnancy: a Population-Based Cohort Study. *Infect Dis Ther* 2014; 3:307-320.