A case report of an Infant erysipelas on a impetigo

Abdellah Dah Cherif, Mohammed Chaouche, Younes Barbach, Sara Elloudi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi

Department Dermatology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco

Corresponding author: Dr. Abdellah Dah Cherif, E-mail: abdellahdahcherif@gmail.com

ABSTRACT

Erysipelas is a relatively common infection of the upper dermis and superficial lymphatics. It affects mainly adults, between 40 and 80 years of age, especially immunocompromised ones, but some cases were reported also in newborns and infants. Its pathogenesis mostly involves a disruption of the skin barrier allowing the infective agent, mainly group a b-hemolytic streptococcus, to enter. It most commonly involves the lower extremities or the face, presenting as a welldemarcated, tender, tense, deeply erythematous and indurated plaque. These lesions may spread more rapidly in infants than in older patients and seems to undergo rapid exacerbations at times until the administration of treatment. We report an unusual pediatric case of a leg erysipelas on a impetigo in a 24-month-old infant with good result.

Key words: Erysipelas; Dermo-Hypodermitis; Infant; Skin infection

How to cite this article: Dah Cherif A, Chouche M, Barbach Y, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ. A case report of an Infant erysipelas on a impetigo. Our Dermatol Online. 2019;10(e):e24.1-e24.4.

Submission: 25.05.2019; **Acceptance:** 03.06.2019

DOI:10.7241/ourd.2019e.24

Un impétigobulleux compliquant un érysipèle chez un nourrisson

Abdellah Dah Cherif, Mohammed Chaouche, Younes Barbach, Sara Elloudi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi

Department Dermatology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco

Corresponding author: Dr. Abdellah Dah Cherif, E-mail: abdellahdahcherif@gmail.com

RÉSUMÉ

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë non nécrosante, il touche avec prédilection les adultes et les sujets âgés mais il peut affecter aussi les enfants, affectant le plus souvent les membres inférieurs, qui se manifeste par un érythème circonscrit, accompagné d'un œdème local et d'un état fébrile. Les facteurs favorisants sa survenue sont les portes d'entrée locales, les œdèmes de toutes causes et des facteurs systémiques (diabète, immunosuppression). Le diagnostic est avant tout clinique. La complication la plus fréquente est la récurrence. Les autres complications incluent notamment l'abcédation, la fasciite et les bactériémies. Il est rare de pouvoir identifier le germe de l'érysipèle. La majorité des infections (85%) est liée au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Le traitement de l'érysipèle consiste en une antibiothérapie associée à un repos de la région concernée, nous rapportons dans cet article un cas d'érysipèle sur un impétigo chez un nourrisson avec une bonne évolution sous traitement.

Mots clés: Erysipèle; Dermo-hypodermite; Nourrisson; Infection cutanée

INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë, due le plus souvent au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Il touche avec prédilection les adultes et les sujets âgés mais il peut affecter aussi les enfants. Le diagnostic est clinique. On rapporte un cas d'un érysipèle dont la porte d'entrée était un impétigo bulleux chez un nourrisson.

CASE REPORT

Il s'agit du nourrisson D.M, de 22 mois, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente depuis 15 jours des lésions de contenu liquidien sur les 2 membres inférieurs, sans aucun traitement, hospitalisé pour une grosse jambe rouge aiguë douloureuse évoluant depuis 2 jours avant son admission.

À l'examen clinique on trouve, un enfant conscient, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire,

fébrile à 39 °C, l'examen dermatologique trouve un placard érythémateux et œdémateux, chaud et douloureux de la jambe gauche débordant vers les cuisses, surmonté par des bulles tendues et des croûtes mélicériques, avec un lymphoedème important, sans purpura, ni crépitation, ni trouble de sensibilité (Fig. 1) et une adénopathie inguinale homolatérale.

Le bilan biologique: hyperleucocytose de $20920/\text{mm}^3$ à prédominance polynucléaires neutrophiles de 16025 avec CRP de 240mg/l, et une échographie des parties molles objectivant une infiltration des parties molles diffuse sans individualisation de collection visible.

L'enfant mis sous Amoxicilline-acide clavulanique à dose de 50mg/kg/j, avec une bonne évolution clinique et biologique après 48h du traitement (Fig. 2) la durée du traitement était de 14 jours, avec une protéinurie de 24 h était normale après 3 semaines de son hospitalisation.

How to cite this article: Dah Cherif A, Chaouche M, Barbach Y, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ. Un impétigobulleux compliquant un érysipèle chez un nourrisson. Our Dermatol Online. 2019;10(e):e24.1-e24.4.

Submission: 25.05.2019; **Acceptance:** 03.06.2019

DOI: 10.7241/ourd.2019e.24

Figure 1: Un placardérythémateux et œdémateux, chaud et douloureux de la jambe gauche débordant vers la cuisses, surmonté par des bulles tendues.

Figure 2: Aspect de la jambe après 48h du traitement.

DISCUSSION

L'érysipèle est une infection cutanée aiguë, donnant un tableau clinique de dermo-hypodermite non nécrosante, due à un streptocoque de groupe A ou SPA), autres groupes: B, C ou G+++, Streptococcus pneumoniae et streptocoques de groupe D+/-, Staphylocoques, BGN (Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter calcoaceticus, entérobactéries.), Haemophilus influenza, associations microbiennes streptocoques et staphylocoques [1]. Cette infection cutanée suite à une porte d'entrée qui doit être systématiquement recherchée et sera retrouvée dans deux tiers des cas, sous forme d'intertrigo, de mycose interdigitale, de plaies, de piqûre ou d'un ulcère. Les facteurs favorisants locaux comme les œdèmes de toutes causes (lymphœdème et insuffisance veineuse), ou les dermatoses chroniques (par exemple, psoriasis), ainsi que les facteurs favorisants systémiques comme le diabète

l'immunosuppression, l'alcoolisme, le tabagisme...), doivent être documentés [2]. Cliniquement il se manifeste brutalement par une fièvre de 38,5 à 39 °C voire 40 °C. accompagnée généralement de frissons; un placard rouge, chaud, et douloureux, siégeant dans plus de 85 % des cas, aux membres inférieurs (jambes, pieds, chevilles, cuisses). Elle peut aussi être siégeant au niveau du visage, aux membres supérieurs, tronc, et parfois même aux organes génitaux [3]. Une adénopathie homolatérale inflammatoire satellite voire une trainée de lymphangite. Le diagnostic de l'érysipèle est clinique, mais un bilan biologique faite de NFS et CRP est nécessaire pour confirmer le diagnostic [4]. Les Complications peut être locales (abcès, nécrose superficielle, complications infectieuses ostéoarticulaires, thrombophlébite, abcès rétropharyngé, médiastinite et pleuropéricardite), ou générales: bactériémies (septicémies), toxidermies (pénicilline), décompensation de tares, mortalité tardive, les récurrences: récidives (avec un germe différent), rechutes (avec le même germe), endocardite et glomérulonéphrite aiguë [4].

La prise en charge: il existe plusieurs critères d'hospitalisations, critères liées aux modalités du traitement la pénicilline G par voie intraveineuse et le repos au lit, critères liées aux terrain: œdèmes locorégionaux, lymphoedème, oedème chronique, l'obésité, le diabète, alcoolisme, les maladies cardiovasculaires, la toxicomanie, âge avancé, ou très précoce comme le cas de notre malade. L'antibiothérapie systémique doit être avant tout antistreptococcique: β -lactamines en monothérapie: Pénicilline G injectable est le traitement de référence mais de moins en moins utilisée, Pénicilline A orale: amoxicilline, Amoxicilline + acide clavulanique (50 mg/kg en 3 prises quotidiennes) en cas de doute sur la possibilité d'autre bactérie en cause (Staphylococcus aureus), comme le cas de notre patient; Macrolides: Synergistines: pristinamycine, en cas d'allergie à la pénicilline; Clindamycine: (effets indésirables digestifs) [5]. Les mesures associées: repos au lit avec surélévation des membres inférieurs, traitement anticoagulant préventif à associer seulement s'il y a un risque patent de maladie thromboembolique associée. Antalgiques en cas de douleur et un traitement adapté de la porte d'entrée. AINS systémiques sont formellement déconseillés (le risque évolutif vers la nécrose pourrait être plus important?). Prophylaxie secondaire: traitement d'une porte d'entrée persistante (antifongique topique en cas d'intertrigo mycosique) [2], prise en charge des facteurs favorisants

(insuffisance veino-lymphatique, obésité, etc.). En cas de récurrences multiples, une antibiothérapie au long cours possible [6].

CONCLUSION

L'érysipèle est une entité clinique souvent bénigne, qui touche tous les âges, moins fréquemment les enfants. La pénicilline G est la molécule de référence. L'évolution est souvent bénigne, cependant, des complications graves peuvent émailler le cours évolutif de ces infections.

Consent

The examination of the patient was conducted according to the Declaration of Helsinki principles.

REFERENCES

1. Sočan K, Sočan M. Trends in the epidemiology of erysipelas in Slovenia. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat.* 2018;27:1-4.
2. Binnick AN, Klein RB, Baughman RD. Recurrent erysipelas caused by group B streptococcus organisms. *Arch Dermatol.* 1980;116:798-9.
3. Noblesse I, Carvalho P, Young P, Hellot MF, Levesque H. Facteurs de gravité des érysipèles de jambe. *Ann Dermatol Venerol.* 1999;126(suppl 2):S65.
4. Jorup-Ronstrom C. Epidemiological, bacteriological and complicating features of erysipelas. *Scand J Infect Dis.* 1986;18:519-24.
5. Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. *Int J Dermatol.* 1980;29:459-67.
6. Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, et al. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD009758.

Copyright by Abdellah Dah Cherif, et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.