

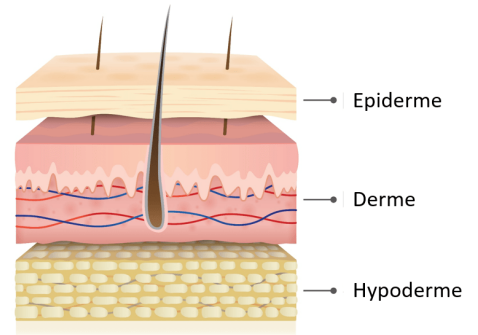
# Les Dermo-hypodermes

## I. Introduction :

- La structure de la peau :

Epiderme → Derme → Hypoderme

Tissu sous-cutané  
(anglo-saxonne)



- Il ne se trouve **pas dans tout l'organisme** : ni dans l'oreille ni la cornée ni les organes génitaux masculins.
- Les épaisseurs des couches **sont différentes selon la localisation**.
- On a aussi les annexes : poils, glandes...

## II. Définitions :

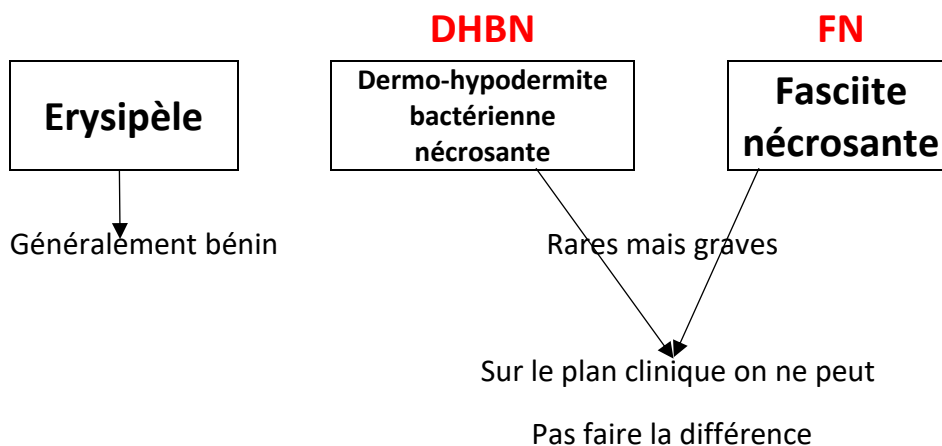
**1. Furoncle :** - Atteinte profonde avec nécrose de la glande pilo-sébacée.

- Même le poil est touché.
- Il faut que le furoncle soit centré par un poil.



**2. Furonculose :** C'est la répétition d'un furoncle.

**3. Erysipèle :** C'est une **DH (dermo-hypodermite) aigue bactérienne** « infection bactérienne aigue », touchant le **derme et l'hypoderme, localisée, non nécrosante, essentiellement** due au **streptocoque pyogène** ( $\beta$ -hémolytique du groupe A) (il y a d'autres germes qui la causent).



**4. Staphylococcie de la face :** - Mortelle.

- Il faut faire la différence entre elle et l'érysipèle (PEC différente).

→ Le terme « nécrosante » exclut l'érysipèle.

### III. Les signes cliniques :

- Le début est souvent **brutal**.
- Associe des **signes généraux** (*fièvre souvent élevée à 39°C*).
- **Signes locaux** : Placard inflammatoire érythémateux, œdémateux, douloureux, chaud, importance fonctionnelle → signes de l'inflammation.

- L'érysipèle de la face :

- Localisation **plus rare** que celle des MI.
- Forme une **plaque inflammatoire de la face** (érythémateuse, œdémateuse...), **bien limitée en périphérie par un bourrelet**.
- Les lésions sont **souvent unilatérales** (parfois bilatérales : en ailes de papillons) .
- **FAIRE LA DIFFERENCE ENTRE ELLE ET LA STAPHYLO MALIGNNE DE LA FACE.**



- La **porte d'entrée** est **souvent minime** (ex : *dermite fissuraire au pavillon de l'oreille*).
- On **n'a pas besoin d'examen complémentaires** → Le dg est clinique.

### IV. La forme topographique :

- Localisée **aux MI dans 90%** des cas : **grosse jambe**, lésions **douloureuse fébriles**, rarement pas de bourrelet.
- L'érysipèle des **MS** est très rare.

### V. Les facteurs de risques :

- Lymphœdème chronique
- Insuffisance veineuse
- Obésité
- Ulcère de jambe
- Plaie traumatique

### VI. Le diagnostic différentiel :

- L'**anamnèse** et l'**examen clinique** vont discuter **d'autres germes** survenant dans un contexte particulier (par ex : *pasteurellose (transmises des rongeurs), ostéomyélite, phlébite...*).

### VII. L'évolution :

- **Favorable en 8-10 jours** dans la **majorité** des cas.
- L'**apyrexie** est obtenue dans **72h** → **précède l'amélioration** des signes locaux.
- Pour **éviter la récurrence** on donne la **pénicilline à long terme** (mais c'est très efficace).

### VIII. Traitement :

- On donne les  **$\beta$ -lactamines** (*amoxicilline, pénicilline*).
- Si le patient est **allergique aux  $\beta$ -lactamines** on donne les **macrolides**.

### IX. DHBN|FN :

- Dans les **DHBN|FN** : tableau clinique **gravissime** → **choc infectieux**.
- Le **début** se présente **comme un érysipèle** → **AEG**.
- Dans les **FN** : l'atteinte de **l'aponévrose superficielle**.
- PEC est différente : en fonction de :
  - **Germe** : c'est une **polymicrobie** → nécessite **un labo pour confirmer le dg** (*examen complémentaire obligatoire pour déterminer le germe dominant*).
  - **Localisation**.
- **Antibiothérapie probabiliste** en attendant la réponse de labo → **adapter** le trt en fonction du **germe dominant**.
- Il faut faire une **nécroctomie** (*nettoyer la nécrose*).