

INCIDENCE DE L'ÉRYSIPELE DES MEMBRES INFÉRIEURS EN MILIEU THERMAL PHLÉBOLOGIQUE

Effacité d'une stratégie d'éducation sanitaire (La Léchère : 1992-1997)

P.-H. CARPENTIER, M. COLOMB, D. POENSIN, B. SATGER

Centre de Recherche Universitaire de La Léchère, Université Joseph Fourier, 73260 Aigueblanche.

RÉSUMÉ :

Incidence de l'érysipèle des membres inférieurs en milieu thermal phlébologique. Efficacité d'une stratégie d'éducation sanitaire (La Léchère : 1992-1997).

L'érysipèle est une infection cutanée fréquente dans l'insuffisance veineuse chronique et le lymphœdème. Ce travail avait pour objet la mesure de l'incidence de la maladie dans une station thermale spécialisée dans la prise en charge des maladies veineuses et lymphatiques, et l'évaluation de l'influence d'une stratégie préventive basée essentiellement sur l'éducation sanitaire des sujets à risque.

La mesure de l'incidence était fondée sur l'identification des causes d'absentéisme aux soins thermaux. Un contrôle de qualité était réalisé par le recueil des cas pris en charge par les structures médicales locales publiques et privées.

L'incidence annuelle de l'érysipèle dans cette population à risque était respectivement de 40,2 et 48,5 cas pour 1 000 personnes et par année d'exposition en 1993 et 1994. La mise en place des actions de prévention a permis de réduire des deux tiers cette incidence au cours des trois années suivantes ($p < 0,01$).

Cette étude confirme donc l'incidence élevée de l'érysipèle dans la population des sujets atteints d'insuffisance veineuse sévère ou de lymphœdème, et l'efficacité d'une stratégie préventive volontariste. (J Mal Vasc 2001 ; 26 : 97-99)

Mots-clés : Erysipèle. Épidémiologie. Thermalisme. Lymphœdème. Insuffisance veineuse chronique.

ABSTRACT :

Incidence of erysipela of the lower limbs in a spa resort: efficacy of an educative strategy (La Léchère: 1992-1997).

Objective : Erysipela is a common skin infection readily found in patients with venous insufficiency or lymphedema. The aim of this work was to measure the incidence of erysipela in a spa resort specialized in the treatment of venous and lymphatic diseases and to evaluate the influence of a preventive strategy principally based on education of patients at risk.

Patients and methods : The measurement of incidence was based on the detection of the reasons for which the patients did not attend their thermal care sessions. Quality control was obtained from the reports of cases diagnosed by local private and public health care centers.

Results : The incidence of erysipela in this high risk population was 40.2 and 48.5 cases for 1000 persons per exposure-year in 1993 and 1994 respectively. The preventive strategy carried out was able to induce a reduction of 65% during the next years ($p < 0.01$).

Conclusion : This study confirms the high incidence of erysipela in subjects with severe venous insufficiency or lymphedema and the efficacy of an active educational preventive strategy. (J Mal Vasc 2001; 26: 97-99)

Key-words : Erysipela. Epidemiology. Spa treatment. Lymphedema. Venous insufficiency.

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë d'origine streptococcique, peu contagieuse, mais favorisée par l'existence d'une porte d'entrée locale, telle qu'un intertrigo digital, et un terrain vasculaire prédisposant d'insuf-

fisance veineuse chronique ou de lymphœdème (1). L'épidémiologie en reste mal connue, et l'opportunité de l'étudier dans une large population d'insuffisants veineux ou lymphatiques à l'occasion de leur cure thermale à La Léchère a été le point de départ du présent travail. A cet objectif descriptif s'est ajouté celui de vérifier l'efficacité de mesures préventives d'information des soignants et des curistes, dans le cadre de la politique d'éducation sanitaire que développe la station.

Les données rapportées ici concernent l'incidence des érysipèles chez les sujets en cure à La Léchère (Savoie),

Reçu le 12 novembre 2000.

Acceptation par le comité de Rédaction le 5 février 2001.

Tirés à part : P.H. CARPENTIER, Médecine Vasculaire, Université Joseph Fourier, 38043 Grenoble.

E-mail : Patrick.carpentier@ujf-grenoble.fr

d'avril 1993 à octobre 1997, c'est-à-dire pendant 5 saisons thermales consécutives, avant, pendant et après la mise en place des actions d'éducation sanitaire (1993-1994). Le recueil d'information est fondé sur l'activité originale d'un réseau sentinelle fondé sur l'absentéisme pendant la cure.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Depuis 1993, le Centre de Recherche Universitaire, le personnel du centre thermal et l'ensemble des médecins thermalistes, généralistes et hospitaliers du bassin d'Aigueblanche collaborent à un recueil d'information systématique visant à détecter aussi vite que possible toute « bouffée épidémique » de pathologie infectieuse. Ce réseau sentinelle, mis sur pied dans le cadre d'une politique de qualité et de sécurité du traitement thermal, n'a jusqu'à présent détecté aucun phénomène épidémique. Il a cependant apporté des informations intéressantes sur l'érysipèle, pathologie fréquente chez les patients présentant un insuffisance lymphatique ou veineuse sévère, qui constituent une majorité des curistes à La Léchère.

Ce réseau, mis en place en 1993, fonctionne à partir de la déclaration des absences aux soins thermaux de plus de 24 heures, pour lesquelles l'infirmière vérifie auprès du médecin qui suit la cure l'existence d'une cause médicale éventuelle, pouvant être en rapport avec la cure. Par ailleurs les cas d'érysipèles étaient déclarés spontanément par les structures de soin du bassin d'Aigueblanche, à titre de contrôle de qualité. Enfin, en cas d'érysipèle des membres inférieurs, c'est-à-dire d'affection cutanée fébrile (plus de 38,5°) avec placard inflammatoire situé au niveau d'un membre inférieur, une fiche d'observation clinique, épidémiologique et deux fiches de suivi (J2 et J15) était enregistrées. L'ensemble de ces données, comme celles du recueil initial des causes médicales d'absence étant parfaitement anonymées. Les données de 1992 rappelées ici ont été recueillies selon des modalités différentes et déjà publiées (2).

A partir de 1993, une stratégie d'éducation à visée préventive a été progressivement mise en place, qui comprenait :

- Une formation médicale spécifique des médecins thermalistes dans le cadre de leur formation médicale continue.
- Une formation du personnel soignant aux conseils d'hygiène préventive, et notamment vis-à-vis des intertrigos des orteils, dans leur formation annuelle propre.
- Une sensibilisation des curistes par leur médecin, mais aussi par affichage éducatif et dans le cadre des séances d'enseignement proposées par le Centre de Recherche aux curistes volontaires.
- Diverses interventions thérapeutiques préventives ont été instituées au cas par cas, dont l'entière liberté était laissée au médecin thermal traitant, pouvant aller jusqu'à une antibio-prophylaxie en cas d'antécédents d'érysipèles à répétition.

RÉSULTATS

D'avril 1993 à octobre 1997, 66 cas d'érysipèles ont été observés (tableau I). L'incidence mesurée sur les 20 jours d'une cure, extrapolée à la durée d'une année donne l'incidence annuelle mesurée à plus de 40/1000 en 1993 et 1994, et réduite des deux tiers les années suivantes ($p < 0,01$) (fig. 1). L'incidence rapportée au nombre de

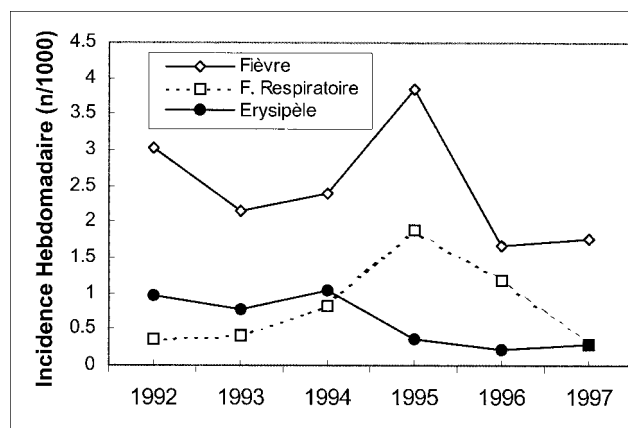


FIG. 1. – Evolution de l'incidence hebdomadaire des érysipèles à La Léchère depuis 1992.

Changes in the incidence of erysipela in La Léchère since 1992.

curistes pour chaque semaine en fonction de la saison est illustrée à la figure 2. On n'observe pas de variations saisonnières significatives, à l'encontre de ce qui est observé pour les pathologies fébriles respiratoires, qui respectent les surincidences de printemps et d'automne habituelles aux affections virales.

Les caractéristiques des patients atteints d'érysipèles sont les suivantes :

- 53 femmes ont été touchées pour 13 hommes, ce qui correspond à la proportion observée parmi les curistes ;
- âge moyen : 66 ans (âges extrêmes 45-83) ;
- les deux membres inférieurs sont également atteints : 33 épisodes de chaque côté ;
- l'aspect était le plus souvent érythémateux pur : 53 cas, bulleux trois fois, purpurique dans huit cas (2 cas non décrits) ;
- l'érysipèle était localisé dans 25 cas, étendu à tout le segment de membre dans 33 cas, étendu à tout le membre dans 4 cas (4 données manquantes) ;

TABLEAU I. – Incidence de l'érysipèle observée à La Léchère de 1993 à 1997. Le calcul d'incidence tient compte de la durée moyenne de la cure, qui est de 20 jours.

Incidence of erysipela in La Léchère from 1993 to 1997. Incidence was calculated on the basis of the mean duration of spa treatment (20 days).

Année	Nombre de curistes	Nombre d'érysipèles	Incidence calculée pour 1000 personnes x années
1993	8 959	20	40,2
1994	8 916	24	48,5
1995	8 951	10	20,1
1996	8 758	5	10,3
1997	8 765	7	14,4

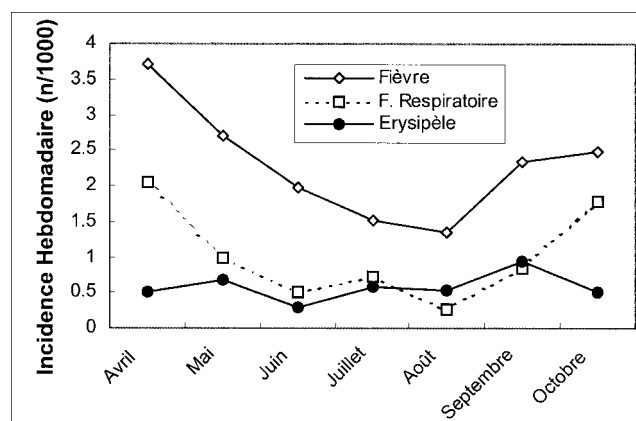


FIG. 2. – Variations saisonnières de l'incidence des érysipèles et infections respiratoires à La Léchère : 1992 - 1997.

Seasonal variations in the incidence of erysipela and respiratory infection in La Léchère: 1992-1997.

— le bourrelet périphérique n'a été retrouvé que 8 fois, par contre la présence d'adénopathies était notée dans 27 cas, et l'association d'une lymphangite était colligée 17 fois ;

— le terrain sur lequel survient l'érysipèle est particulier : 27 présentaient des antécédents d'érysipèles, 15 étaient porteurs de lymphœdèmes, 17 de maladies post-thrombotiques et 26 présentaient une maladie variqueuse ;

— une porte d'entrée locale potentielle a été retrouvée dans 38 cas sur 66 ; il s'agissait le plus souvent d'un intertrigo (14 cas), de fissures du talon (10 cas) ou d'un ulcère veineux (5 cas).

DISCUSSION

L'incidence de l'érysipèle dans la population générale est évaluée entre 0.1 et 1 pour 1000 habitants et par an (1). L'insuffisance veineuse avec troubles trophiques et le lymphœdème constituent le principal terrain favorisant, retrouvé dans plus de la moitié des cas (3-5), et les portes d'entrée locales sont fréquemment retrouvées, notamment l'intertrigo des orteils (6). La prévalence totale de ces deux pathologies étant estimée entre 5 et 10 % de la population générale (7), l'ordre de grandeur de l'incidence de l'érysipèle dans cette population à risque peut être grossièrement évaluée entre 1 et 20 pour mille patients par an. L'incidence mesurée chez les curistes avant nos efforts de prévention est plus élevée, ce qui peut être expliqué par l'âge élevé des curistes qui correspond au pic d'incidence de l'érysipèle, ou par la relative sévérité des pathologies veineuses ou lymphatiques qui ont justifié une prise en charge thermique. Un sur-risque lié aux soins thermaux, par exemple du fait de l'humidité pouvant favoriser les inter-

trigos n'est cependant pas exclu, ce qui a justifié la mise en place de notre stratégie de prévention.

Bien que l'étude ne soit pas contrôlée, il nous semble que la diminution importante de cette incidence depuis la mise en place des actions de prévention soit à mettre sur le compte de leur efficacité, sans que nous puissions distinguer la part qui revient à chacune des mesures préventives. Nous n'avons pas trouvé d'autre explication qui puisse jouer le rôle de facteur de confusion ; notamment l'âge des curistes et la sévérité de la pathologie se sont au contraire progressivement accrus au cours de ces cinq années. Nous pensons donc utile de poursuivre cet effort, et espérons également par là diminuer le risque d'érysipèle chez les patients après leur retour à domicile.

CONCLUSIONS

Les données recueillies par notre réseau sentinelle en milieu thermal permettent de confirmer le rôle du terrain vasculaire préexistant dans la survenue de l'érysipèle des membres inférieurs, et de donner des chiffres d'incidence précis pour cette pathologie dont l'épidémiologie reste encore mal connue.

L'évolution de cette incidence montre l'efficacité de mesures préventives et de la coordination des efforts des médecins et soignants en matière d'éducation sanitaire.

Le réseau sentinelle mis sur pied a permis de vérifier parallèlement l'absence de tout phénomène épidémique dans la population thermale pendant la période 1993-1997 ; il nous semble être un instrument très utile dans le cadre d'une politique de qualité et de sécurité du traitement thermal.

RÉFÉRENCES

1. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *J Mal Vasc*, 2000 ; 25 : 270-5.
2. COLOMB M, CARPENTIER PH. Prévalence de l'érysipèle en milieu de cure thermique phlébologique. *Presse Thermale et climatique*, 1994 ; 131 : 21-3.
3. LORETTE G, PY F, MACHET L, VAILLANT L. Erysipèle : étude rétrospective de 100 cas. *Méd et Hyg*, 1990 ; 48 : 764-8.
4. CRICKX B, CHEVRON F, SIGAL-NAHUM M, BILET S, FAUCHER F, PICARD C, LAZARETH I, BELAICH S. Erysipèle : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Ann Dermatol Vénereol*, 1991 ; 118 : 11-6.
5. LANOUX P, PENALBA C, LEGIN C, KIVADE M, REVEIL JC. L'érysipèle. A propos de 118 observations. *Med Mal Infect*, 1993 ; 23 : 908-12.
6. DUPUY A, BENCHIKHI H, ROUJEAU JC, BERNARD P, VAILLANT L, CHOSIDOW O, SASSOLAS B, GUILLAUME JC, GROB JJ, BASTUJI-GARIN S. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis) : case-control study. *BMJ*, 1999 ; 318 : 1591-4.
7. CARPENTIER PH. Épidémiologie et pathogénie des maladies veineuses chroniques des membres inférieurs. *Rev Prat*, 2000 ; 50 : 1176-81.