



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**EPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE GRAVITÉ DES
DERMOHYPODERMITES AU CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL
DE NOUVELLE CALÉDONIE**

Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 2017 à 18h
au Pôle Formation

Par **MARINE LEFRANCQ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur E.DELAPORTE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur C.BERKHOUT

Monsieur le Professeur E.SENNEVILLE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur C.CAZORLA

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

RESUME

Titre : Epidémiologie et facteurs de gravité des dermohypodermites au Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle Calédonie.

Contexte : Les DHAB sont un motif d'hospitalisation récurrent en Nouvelle Calédonie. L'objectif principal de notre étude était de réaliser la description épidémiologique et clinique de la population atteinte d'abcès, de DHABNN et DHABN. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer la gravité des pathologies décrites.

Matériels et méthodes : Etude quantitative, prospective réalisée entre mai et novembre 2015. Les patients adultes hospitalisés pour abcès, DHABNN et DHABN étaient inclus.

Résultats : 204 patients inclus dont 69 abcès, 115 DHABNN et 20 DHABN. L'ethnie mélanésienne était majoritaire (64%). Sex ratio de 2.3. L'IMC moyen était de 28. Les lésions étaient principalement localisées aux membres inférieurs.

Les patients souffrants d'abcès étaient jeunes (37 ans), mélanésiens et présentaient peu de comorbidités (8.6%). Les patients atteints de DHABNN avaient en moyenne 52.7 ans, IMC à 31 et des comorbidités dans 54% des cas. Les DHABN avaient en moyenne 54 ans, IMC à 28.5 et des comorbidités dans 50% des cas.

Les germes plus fréquemment retrouvés étaient le SGA et SA. 94% de SAMS dans le sous-groupe abcès. 62% des DHABNN n'étaient pas documentées sur le plan bactériologique. Les DHABN étaient pour 50% polymicrobiennes. On note 2 cas d'infections à SAMR et 1 cas SA PVL +.

Le taux de complication était faible dans le sous-groupe abcès (11.5%), 51% dans le sous-groupe DHABNN et 100% dans le sous-groupe DHABN. Le taux de mortalité observé était nul pour les abcès, 1.7% pour les DHABNN et 5% pour les DHABN.

Conclusion : Les DHAB sont un motif fréquent d'hospitalisation avec une prévalence observée de 151/100000 habitants. Les mélanésiens étaient surreprésentés. La bactériologie était classique et le traitement adapté aux recommandations. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et appropriée sont nécessaires à leur évolution favorable.

Mots Clés : Dermohypodermite aiguë bactérienne, épidémiologie, streptocoque A, staphylocoque aureus.

TABLE DES MATIERES

RESUME

INTRODUCTION

Définitions et données épidémiologiques

1. L'Abcès
2. La DHABNN
3. La DHABN

La Nouvelle Calédonie

1. Démographie et population
2. Le système de soins
3. Le climat

Bactériologie

1. Streptocoque du groupe A
2. *Staphylococcus aureus*

Traitements et Recommandations

1. L'abcès
2. La DHABNN
3. La DHABN

MATERIELS ET METHODES

Objectifs de l'étude

Recueil de données

1. Identité et antécédents
2. Prise en charge préhospitalière
3. Prise en charge hospitalière et chirurgie
4. Bactériologie
5. Recherche de complications à court terme

Aspects éthiques et réglementaires

Analyse statistique

RESULTATS

Description épidémiologique de la population

1. Abcès
2. DHABNN
3. DHABN

Etude comparative

Objectif secondaire

DISCUSSION

Les limites

Objectif principal

1. Identité et antécédents
2. Prise en charge préhospitalière
3. Prise en charge hospitalière
4. Microbiologie

Objectif secondaire

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Questionnaire

Tableaux récapitulatifs des patients inclus

1. ABCES
2. DHABNN
3. DHABN

Guide Local d'antibiothérapie

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO : Anti-Diabétiques Oraux
AINS : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ASSNC : Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle Calédonie
BGN : Bacille Gram Négatif
CHT : Centre Hospitalier Territorial
CHN : Centre Hospitalier Nord
CPG : Cocci Gram Positif
CMS : Centre Médico Social
CRP: C Reactive Protein
DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHAB : DermoHypodermite Aiguë Bactérienne
DHABNN : DermoHypodermite Aiguë Bactérienne Non Nécrosante
DHABN : DermoHypodermite Aiguë Bactérienne Nécrosante
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : HyperTension Artérielle
IC : Intervalle de Confiance
IMC : Indice de Masse Corporelle
IGS 2: Indice de Gravité Simplifié 2
IV : Intra Veineux
IG : ImmunoGlobulines
ISEE : L'Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques.
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
MT : Médecin Traitant
NC : Nouvelle Calédonie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PVL : Leucocidine de Panton Valentine
SA : Staphylococcus aureus
SAMS : Staphylococcus aureus Méricilline Sensible
SAMR : Staphylococcus aureus Méricilline Résistant
SAU : Service d'Accueil et d'Urgence
SGA : Streptococcus du Groupe A
SGB : Streptococcus du Groupe B
SMPU : Service de Médecine Post Urgence
TDM : TomoDensitoMétrie
TVP : Thrombose Veineuse Profonde

INTRODUCTION

Définitions et données épidémiologiques

DHAB est un terme qui regroupe différentes pathologies de présentations cliniques propres et de gravités différentes. La DHAB est une inflammation aiguë du derme profond et des tissus sous-cutanés. Toutes classes confondues, elles sont responsables d'une forte morbidité et d'un coût de santé publique important.

Dans le cadre de mon étude, j'ai pris pour référence la nosologie française, ce qui implique d'abandonner le terme de cellulite, flou sur le plan anatomique et source de confusion (1).

Ils existent 3 grandes catégories de DHAB :

1. L'Abcès

L'abcès est défini comme une collection de pus bien limitée, dans une cavité néoformée. L'abcès est une complication locale d'une réaction inflammatoire d'origine infectieuse, ou physico-chimique. Il peut être provoqué par des agents pathogènes, introduits le plus souvent par inoculation. Le SA est le plus souvent responsable de ces affections (2).

2. La DHABNN

La forme clinique la plus fréquente est définie comme une infection cutanée d'origine bactérienne dont le diagnostic est clinique. Elle se présente par une fièvre élevée, un début brutal associé à un placard cutané inflammatoire circonscrit, douloureux à la palpation s'étendant progressivement. Une adénopathie satellite ou une lymphangite peuvent être associées. La forme typique ne présente pas de nécrose, de crépitation, de signe de choc ou d'hypoesthésie.

Le SGA est souvent incriminé de cette pathologie (2).

L'incidence est de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants/an (3) en France métropolitaine.

3. La DHABN

Les DHABN sont des infections bactériennes nécrotiques de l'hypoderme avec thrombose vasculaire. Elles sont associées une nécrose de l'aponévrose superficielle sous-jacente (la fasciite). L'extension des lésions et la rapidité d'évolution sont variables. Les germes les plus souvent incriminés sont les SGA mais c'est une affection polymicrobienne dans 60 à 90% des cas (4-5).

Une effraction cutanée est retrouvée dans 60 à 80% des cas (6). Cette affection survient préférentiellement chez des patients de plus de 50 ans présentant des comorbidités (2).

L'incidence des DHABN varie entre 0.15 et 5 cas pour 100 000 habitants par an (3-5).

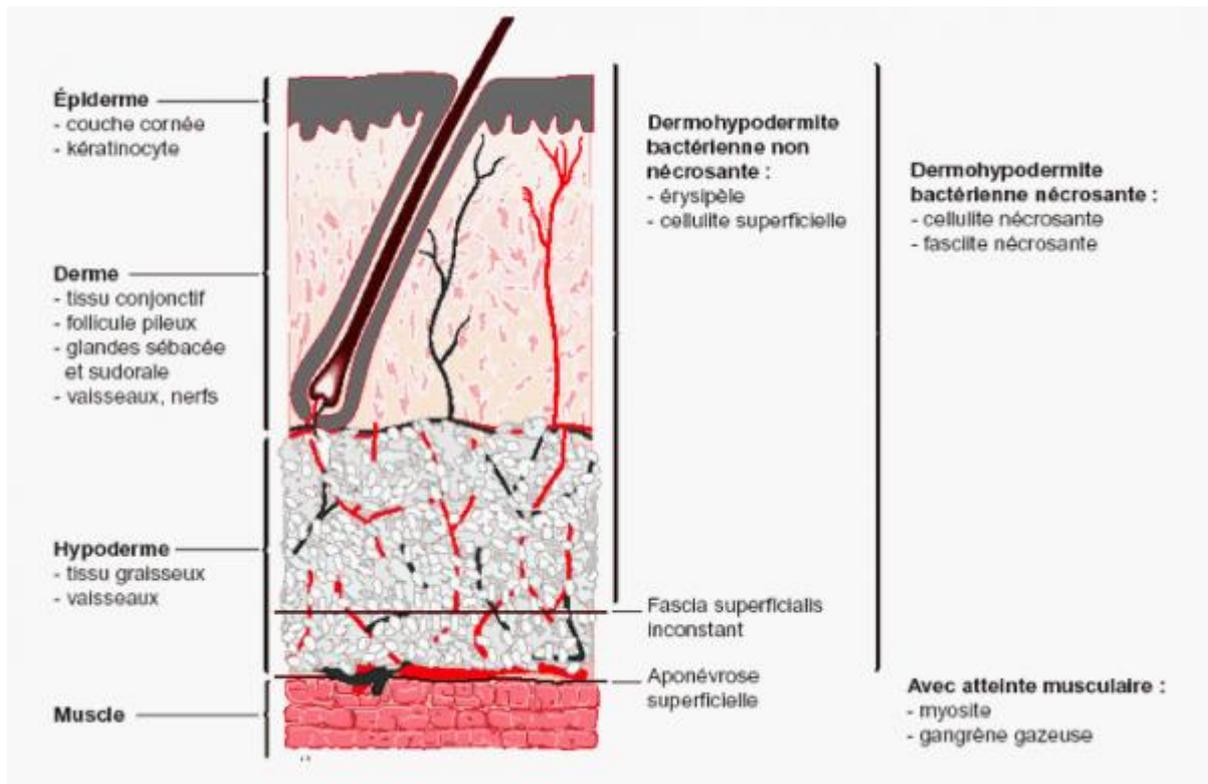


Figure 1 : Classification anatomopathologique des DHAB

Il existe une autre façon de classier ces pathologies. La littérature anglo saxonne classe les infections de la peau et des tissus mous sous 4 catégories :

Les cellulites : toutes infections qui incluent le derme et le tissu sous cutané.

Les érysipèles : type de cellulites n'incluant que le derme superficiel.

Les abcès : collection purulente du derme et du tissu sous cutané.

Les fasciite nécrosante : infections nécrosantes incluant le tissu sous cutané jusqu'au fascia.

La Nouvelle Calédonie

En Nouvelle Calédonie, les DHAB sont responsables de nombreux séjours hospitaliers. Le travail du Dr GENIEY est la seule étude sur ce sujet en Nouvelle Calédonie et ne concerne que le service de réanimation (7).

Nous avons organisé une étude descriptive au sein des services concernés par ces pathologies.

L'étude cherchera à décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients hospitalisés au CHT entre mai et novembre 2015 dans les services de maladies infectieuses, SMPU, chirurgie orthopédique et réanimation. Nous décrirons la population de chaque pathologie et analyserons les données recueillies. Nous nous intéresserons à décrire l'évolution de ces pathologies et leurs prises en charge au CHT.

Dans un second temps, cette base de données permettra de mettre en évidence les facteurs influençant la gravité des DHAB au CHT. Pour des raisons pratiques et de moyens l'étude est hospitalière.

1. Démographie et population

La Nouvelle-Calédonie est un archipel d'Océanie au climat tropical, situé à 17 000 km de la métropole. C'est un territoire autonome répertorié comme pays outre-mer. C'est une collectivité territoriale qui compte environ 269 000 habitants (ISEE 2014).

Le territoire est divisé en 3 provinces: Nord, Sud et les îles Loyautés (Lifou, Ouvéa et Maré). L'essentiel de la population se concentre en province sud (63% sur le grand Nouméa).

La population est composée de différentes ethnies:

- Les mélanésiens ou « kanak » représentent 39.1% de la population.
- Les européens ou caucasiens représentent 27.1% de la population.
- La communauté d'origine wallisienne et futunienne représente 8,2% de la population; ils sont considérés comme « polynésiens ».
- Parmi les autres groupes ethniques figurent les « métis » (8,3%), les asiatiques (2.7%), les tahitiens (2.1%), les Ni-Vanuatu (1%). 7.4 % de la population a déclaré appartenir à la catégorie « autre », 2.5% n'a rien déclaré.

La population augmente de 1.8% par an, dont 2 tiers résultent du solde naturel et 1 tiers du solde migratoire. 55% de la population a entre 20 et 55 ans. La moitié de la population a moins de 31 ans. L'âge médian en France métropolitaine est de 40 ans et de 31 ans en Nouvelle Calédonie (ISEE 2014). Le sexe ratio en 2014 était 0.98 sur le territoire (ISEE).

La population est répartie de façon inégale sur le territoire.

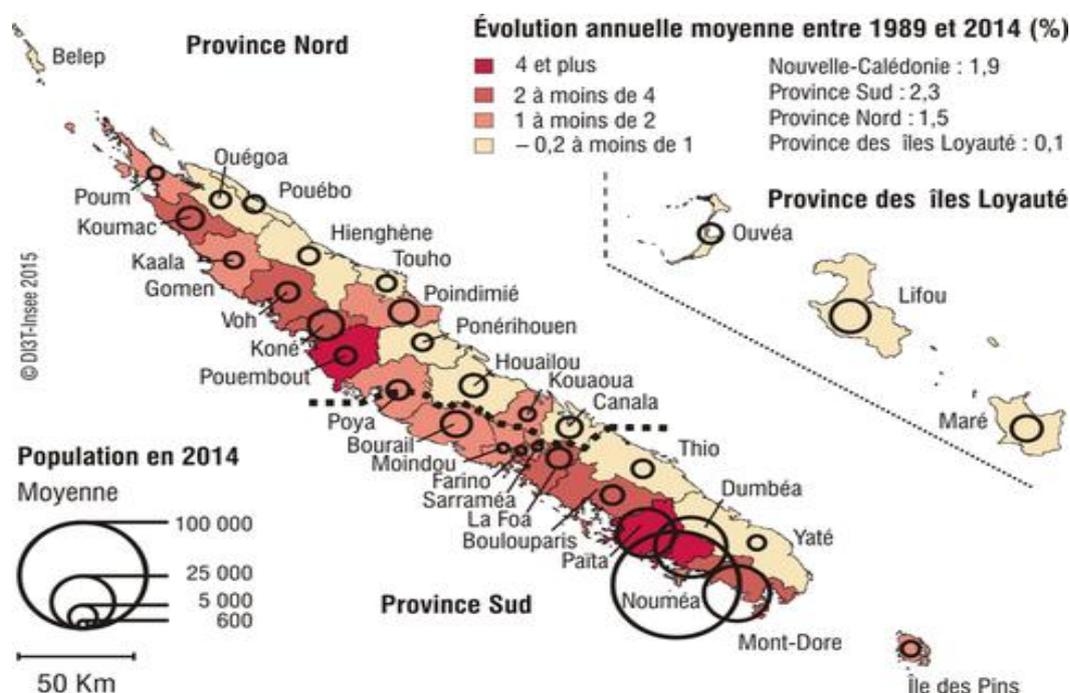


Figure 2 : Répartition de la population sur le territoire calédonien (ISEE).

2. Le système de soins

Le système de santé est indépendant de la France métropolitaine.

La Nouvelle-Calédonie compte trois grandes entités hospitalières :

- Le CHT dispose de 500 lits et du seul service hospitalier d'urgence du territoire.
- Le CHS Albert-Bousquet.
- Le CHN comprend deux établissements situés sur les sites de Koumac et Poindimié. Il dispose de 80 lits d'hospitalisation.

Les CMS, ou « dispensaires », sont essentiellement localisés en Province Nord et sur les îles Loyautés. Ils assurent les soins de santé primaire, la surveillance des grossesses, la vaccination et les programmes de protection maternelle et infantile.

Le secteur libéral exerce le même type d'activité que les CMS.

LA DDASS recensait en 2010 : 558 médecins en activité dont 54% de salariés et 46% de libéraux. Divisés entre 49,5% de généralistes et 50,5% de spécialistes. Soit une densité totale de 222,9 médecins pour 100 000 habitants, 1 généraliste pour 907 habitants et 1 spécialiste pour 888 habitants.

3. Le climat

La Nouvelle Calédonie possède un climat tropical. L'année est divisée en 2 saisons séparées par 2 intersaisons. Les températures sont en moyenne entre 20 et 30°C et l'humidité entre 60% et 80%. Pluviométrie 1700 mm par an et ensoleillement 2700 heures par an (Météo France). La saison chaude dure un peu plus de 4 mois, de décembre à mi-avril. Les alizées soufflent du sud-est et de l'est 250 jours par an à Nouméa en moyenne.

Bactériologie

La majorité des germes responsables de DHAB sont le SGA et le SA.

1. Streptocoque du groupe A

Le SGA est un cocci gram positif qui se présente sous forme de chaînettes. Il se cultive sur des géloses au sang où il crée une hémolyse complète.

L'incidence des infections invasives à SGA est élevée en Nouvelle-Calédonie, avec 38 cas/100 000 habitants (8), ce qui est supérieur à celle observée à Fiji (9,9/100 000) (9) et en Nouvelle-Zélande (8,1/100 000) ; l'incidence est comparable à celle observée dans la population Maori et les populations originaires des îles du Pacifique (20,4/100 000) (10); elle reste inférieure à celle observée chez les aborigènes d'Australie (82,5/100 000) (11).

En France, l'incidence annuelle est de 3,1 cas/100 000 habitants (12-13). Les principales manifestations cliniques associées aux infections cutanées superficielles et invasives à SGA sont : 45% de fasciites nécrosantes, 11% de myosites et 9% d'érysipèles.

2. Staphylococcus aureus

Le SA est un cocci gram positif qui se présente préférentiellement sous forme d'amas. Il est aéronaérobie facultatif et se cultive sur des géloses dites « ordinaires ». Il produit une coagulase jaune doré.

L'incidence des SAMR communautaires en Nouvelle Calédonie est plus importante qu'en métropole (environ 18% des SA, 5 à 6 fois plus qu'en métropole) (14).

Le SA possède plusieurs facteurs de virulence comme la production de toxines, des facteurs favorisant le développement de l'infection ou encore des facteurs favorisant l'adhésion et la colonisation. Nous nous intéresserons aux SARM et au SA producteur de leucocidine de Panton Valentine. La prévalence française est d'environ 2% des SA PVL + (Institut de veille sanitaire). La prévalence en Nouvelle Calédonie est élevée (89% des abcès drainés chirurgicalement en 2006) (15).

Traitements et Recommandations

Les recommandations sont issue de l'IDSA guide line et du guide local d'antibiothérapie.

1. L'abcès

Le traitement recommandé est une incision associée à un drainage de la lésion. Les prélèvements locaux sont concomitants au geste chirurgical. Une antibiothérapie active sur le SA est recommandée en cas de signes d'infection systémique, abcès de plus de 5cm de diamètre ou comorbidités pouvant entraîner des complications (16-17).

2. La DHABNN

Un traitement antibiotique contre le SGA est recommandé. Le traitement hospitalier de référence est la pénicilline G (10 à 20 M UI/j); en ambulatoire l'amoxicilline est privilégiée (50mg/kg/j). S'il existe une allergie aux bêtalactamides, la clindamycine ou pristinamicine peuvent être prescrites. La durée du traitement varie entre 5 et 10 jours (3-18).

Aucun traitement local n'a fait preuve de son efficacité. La prescription d'AINS ou de corticoïdes n'est pas recommandée (18).

3. La DHABN

Le traitement de référence est la chirurgie (excision large des tissus nécrosés) dans les plus brefs délais. Le geste chirurgical doit être associé à une bi antibiothérapie active sur les SGA et les germes anaérobies. L'antibiothérapie doit être adaptée en fonction du terrain et de la localisation des lésions. On note l'intérêt de la clindamycine pour la suppression de l'action toxinique et cytotoxique du streptocoque (19). Des prélèvements locaux sont recommandés lors de la chirurgie ainsi que des hémocultures répétées. La durée du traitement est fonction de l'évolution.

L'utilisation systématique du caisson hyperbare n'est pas définitivement établie, il en est de même quant à l'action des immunoglobulines en intra veineux. (18)

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative, prospective et descriptive réalisée au CHT de Nouvelle Calédonie. La période d'inclusion s'étalait du 1^{er} mai au 31 octobre 2015.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de réaliser la description épidémiologique et clinique de la population atteinte d'abcès, de DHABNN et DHABN.

L'objectif secondaire était de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer la gravité des pathologies décrites.

La gravité était définie par :

- Complications locales : nécrose secondaires, TVP, abcès
- Complications générales : décompensation de tares, sepsis, localisations secondaires
- IGS > 23 correspondant à une probabilité de mortalité supérieure à 5% à l'entrée du patient
- Amputation
- Séjour en réanimation
- Décès

Recueil de données

Les critères d'inclusion étaient:

- Patients hospitalisés pour DHAB au CHT entre le 1^{er} mai et 31 octobre 2015. Les DHAB étaient définies selon la nosologie française sus-citée.
- Hospitalisation au SMPU, service de Médecine Interne et Maladies infectieuses, service de Chirurgie Orthopédique ou de Réanimation.
- Age supérieur à 15 ans.

Les critères d'exclusion étaient :

- DHAB secondaire à une infection de site opératoire survenant dans les 3 mois post intervention chirurgicale.
- Patients atteints de maux perforants plantaires.

Le recueil des données était prospectif, réalisé par un interrogatoire au lit du patient.

Tous les patients présentant les critères cliniques d'inclusion étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire réalisé à partir des données de la littérature internationale. Le questionnaire se composait de 44 items répartis en 4 parties (Cf. annexe 1).

Le questionnaire était complété grâce à l'interrogatoire, au carnet de suivi du patient et au logiciel informatique de l'établissement (Dxcare® de Medasys). Les patients inclus étaient réévalués de façon hebdomadaire et leurs questionnaires complétés en fonction des événements intercurrents.

1. Identité et antécédents

Les ethnies recherchées étaient les ethnies majoritaires en Nouvelle Calédonie selon ISEE soit les mélanésiens, les caucasiens, les polynésiens et asiatiques.

Les antécédents recherchés étaient ceux pouvant favoriser les DHAB selon les données de la littérature. C'est-à-dire le diabète, l'insuffisance veineuse, l'AOMI, les dermatoses chroniques, l'IRC, la présence de cirrhose et la présence d'une immunodépression.

Tous les patients étaient pesés et mesurés lors de leur hospitalisation. L'IMC était calculé selon la formule P/T^2 . La classification des IMC était basée la définition de l'HAS. Les patients classés comme diabétiques étaient ceux déjà sous traitement ADO ou insuline. Les patients porteurs de lymphœdème, ulcères veineux ou artériels, psoriasis ou eczéma étaient considérés comme souffrant de dermatoses chroniques. Les patients sous chimiothérapie, corticoïdes au long cours ou souffrant d'une néoplasie active étaient considérés comme immunodéprimés. L'Insuffisance veineuse était recherchée par la présence clinique de dermite ocre ou de varices. La présence d'une cirrhose était recherchée à l'aide du dossier médical informatisé. La cirrhose répondait à la classification Child. Le patient était considéré souffrant d'AOMI si le diagnostic était notifié dans son carnet de suivi personnel. La recherche d'une porte d'entrée cutanée était systématique.

2. Prise en charge préhospitalière

La date de début des symptômes nous a permis de calculer le délai entre l'apparition des symptômes et le recours aux soins hospitaliers.

La localisation et l'aspect de la lésion initiale étaient notifiés.

La prise d'AINS ou d'antibiotiques en automédication était systématiquement recherché. La consultation chez le médecin traitant et les prescriptions également.

L'utilisation de traitement traditionnel était définie comme l'utilisation topique de produits à base de plantes médicinales.

3. Prise en charge hospitalière et chirurgie

La prise en charge hospitalière en Nouvelle-Calédonie des infections cutanées est standardisée avec un protocole antibiotique mis à disposition des différents services à partir du réseau intranet. Ce protocole est basé sur les recommandations internationales et ajusté à l'écologie locale.

La date d'hospitalisation était la date d'entrée au SAU. Le score IGS2 était calculé selon les paramètres vitaux et biologiques de l'entrée au service des urgences. Il était calculé à l'aide de l'algorithme de la société française d'anesthésie réanimation. Un patient était considéré comme « grave » dans cette étude si son score IGS était supérieur ou égale à 23 (mortalité prédite de 5%).

L'utilisation d'un traitement antibiotique, sa nature et sa voie d'abord étaient notifiées et comparées et au guide local d'antibiothérapie.

Le taux de CRP était celui du premier bilan biologique.

4. Bactériologie

Les prélèvements biologiques examinés étaient les hémocultures et/ou les prélèvements locaux.

Tous les prélèvements étaient examinés et mis en culture par le laboratoire de bactériologie du CHT (Institut Pasteur de Nouvelle Calédonie). Les SGA étaient identifiés sur des géloses au sang et les SA sur des géloses ordinaires. Un antibiogramme était réalisé pour toutes les bactéries retrouvées.

Il n'existe pas de laboratoire en bactériologie permettant d'identifier tous les anaérobies.

La recherche de SA PVL + n'était pas systématique. La toxine était détectée par PCR en temps réel.

Si un germe était retrouvé dans les hémocultures une bactériémie était notifiée dans les complications générales.

Tout acte chirurgical était recherché et détaillé. Le recours à l'oxygénothérapie hyperbare et la réalisation d'exams d'imagerie étaient notifiés.

5. Recherche de complications à court terme

Les complications locales et générales recherchées étaient les complications les plus courantes décrites dans la littérature. Elles étaient recherchées cliniquement et à l'aide du dossier patient informatisé durant l'hospitalisation.

Complications locales: Abscesses secondaires, nécrose secondaire et TVP.

Complications générales: septicémie, décompensation de tares, localisations secondaires.

La décompensation de tare était définie comme la décompensation d'une pathologie préexistante (diabète, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, HTA, insuffisance rénale...).

La durée d'hospitalisation était calculée grâce aux données recueillies.

Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement oral de tous les patients inclus a été recueilli lors de l'interrogatoire. Une information claire et appropriée a été donnée à chaque patient concernant le recueil et l'utilisation des données de façon anonyme et à des fins non lucratives.

Le consentement des parents des patients mineurs a été recueilli avant l'interrogatoire.

L'ethnie déclarée était celle annoncée par le patient lors de l'interrogatoire.

Les bases de données utilisées pour la recherche documentaire étaient Pub Med, le CISMéF, la société française de dermatologie et la société française d'infectiologie.

L'accord préalable des chefs des services concernés a été recueilli.

L'étude a été déclarée auprès du comité éthique du centre de recherche du CHT de Nouvelle Calédonie.

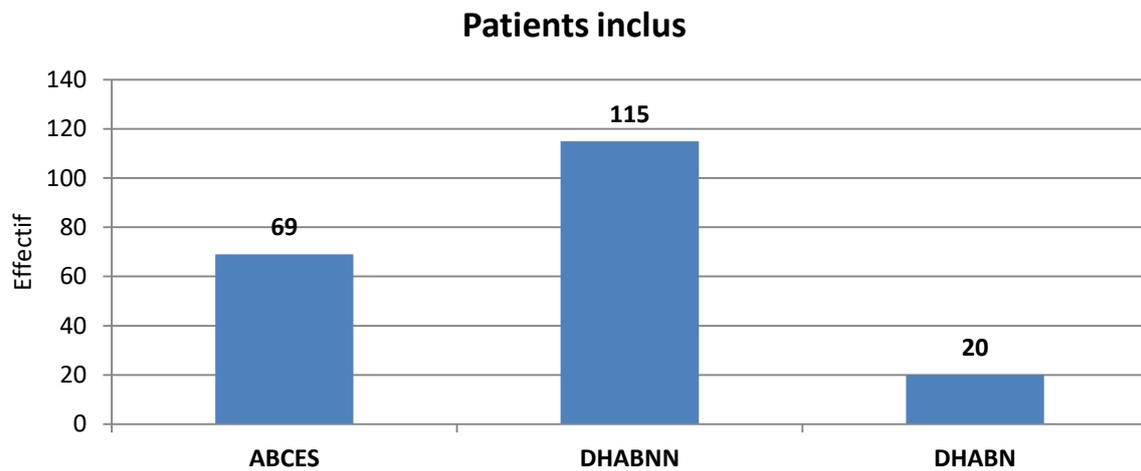
Analyse statistique

Le recueil des données était effectué dans un tableau Excel. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage. Les variables quantitatives sont présentées en termes de moyenne et de médiane avec extrêmes ou écarts types. La comparaison des groupes sur les paramètres qualitatifs a été réalisée par le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher. Pour comparer les paramètres quantitatifs entre les deux groupes, le test t de Student a été utilisé. Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Le logiciel de statistiques utilisé était Excel.

RESULTATS

Description épidémiologique de la population

204 patients ont été inclus sur 6 mois. 10 patients mineurs (15 à 18 ans) et 194 patients adultes (18 à 92 ans). Sex ratio : 2.2.



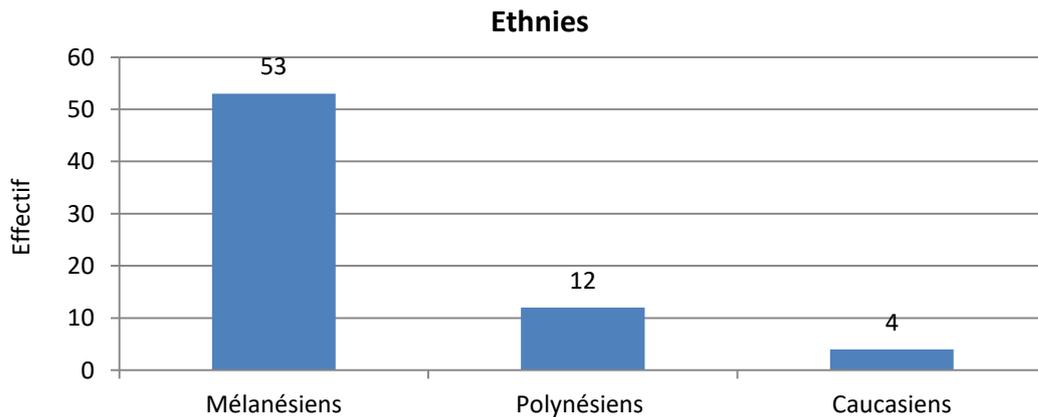
Graphique 1

1. Abcès

69 patients atteints d'abcès ont été hospitalisés durant cette période.

Identité et antécédents

La répartition des différentes ethnies au sein de ce groupe est représentée par le graphique suivant :



Graphique 2

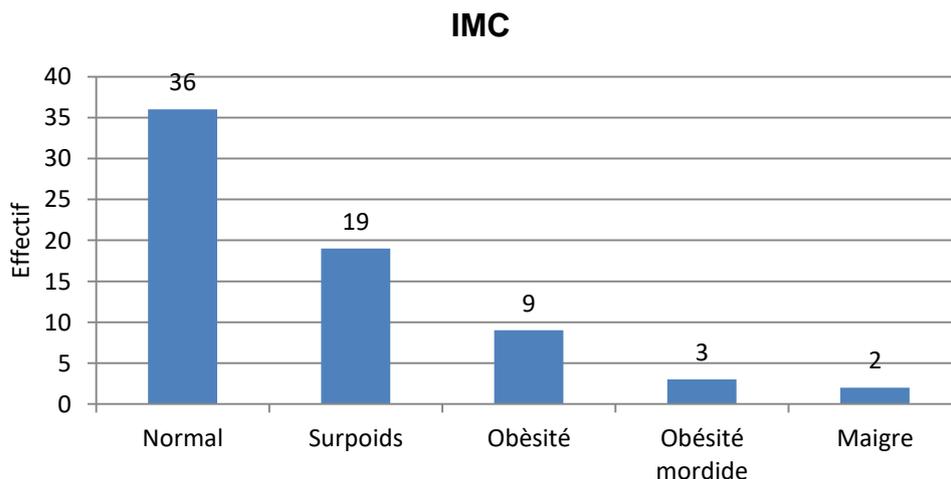
Sex

ratio : 2,3.

Les patients de ce groupe habitaient majoritairement sur la côte ouest (73.9% n=51), 11.6% venaient des îles Loyautés (n= 8) et 14.5% de la côte est (n=10).

L'âge moyen était de 37.1 ans et le poids moyen de 74.5kg.

Répartition des patients au sein des classes IMC :



Graphique 3

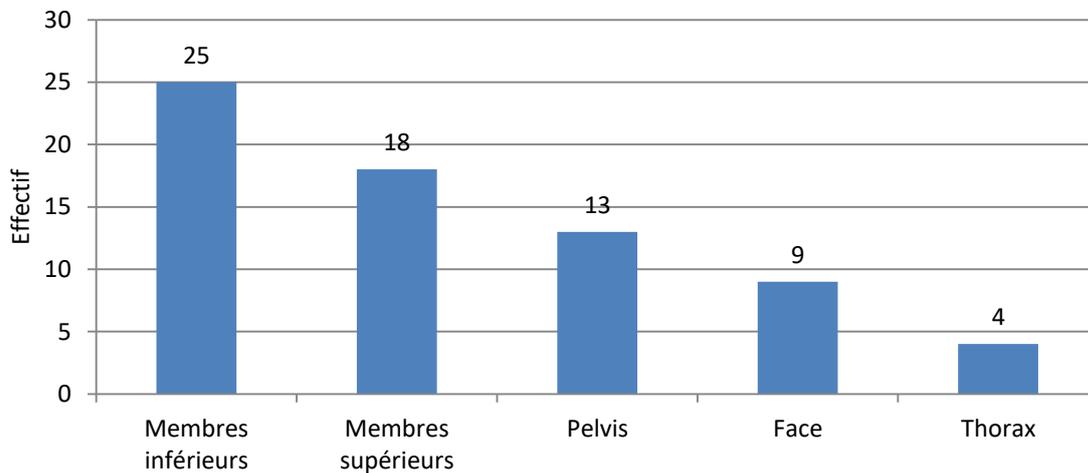
Soit un IMC moyen de 25.

15.9% étaient diabétiques (n=11), 2.9% porteurs d'une dermatose chronique (n=2),

2.9% (n=2) étaient porteurs d'insuffisance rénale chronique et 2.9% (n=2) d'insuffisance veineuse. Aucun patient dans ce groupe n'était immunodéprimé, cirrhotique ou atteint d'AOMI.

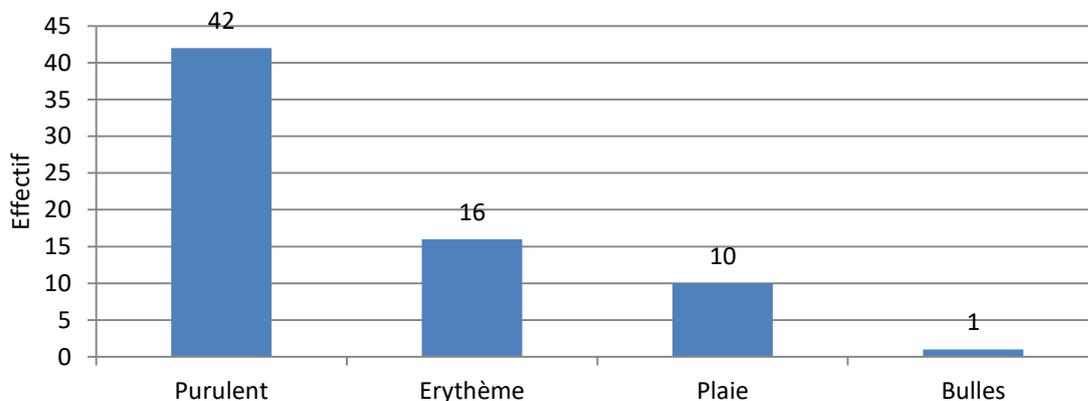
Prise en charge pré hospitalière

Localisation des lésions observées



Graphique 4

Aspect initial des lésions observées

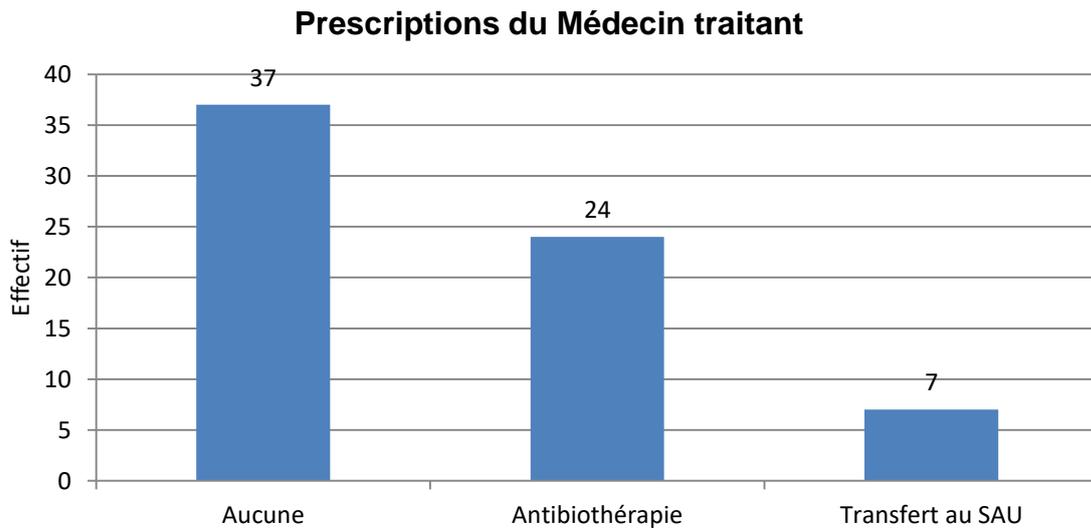


Graphique 5

Un traitement traditionnel a été entrepris dans 10.1% (n= 7) des cas et une automédication dans 8.7% (n=6) des cas. 5.8% (n=4) des patients ont pris des AINS.

49.3% (n=34) des patients ont consulté leur médecin traitant avant le recours aux soins hospitaliers.

Les prescriptions étaient :



Graphique 6

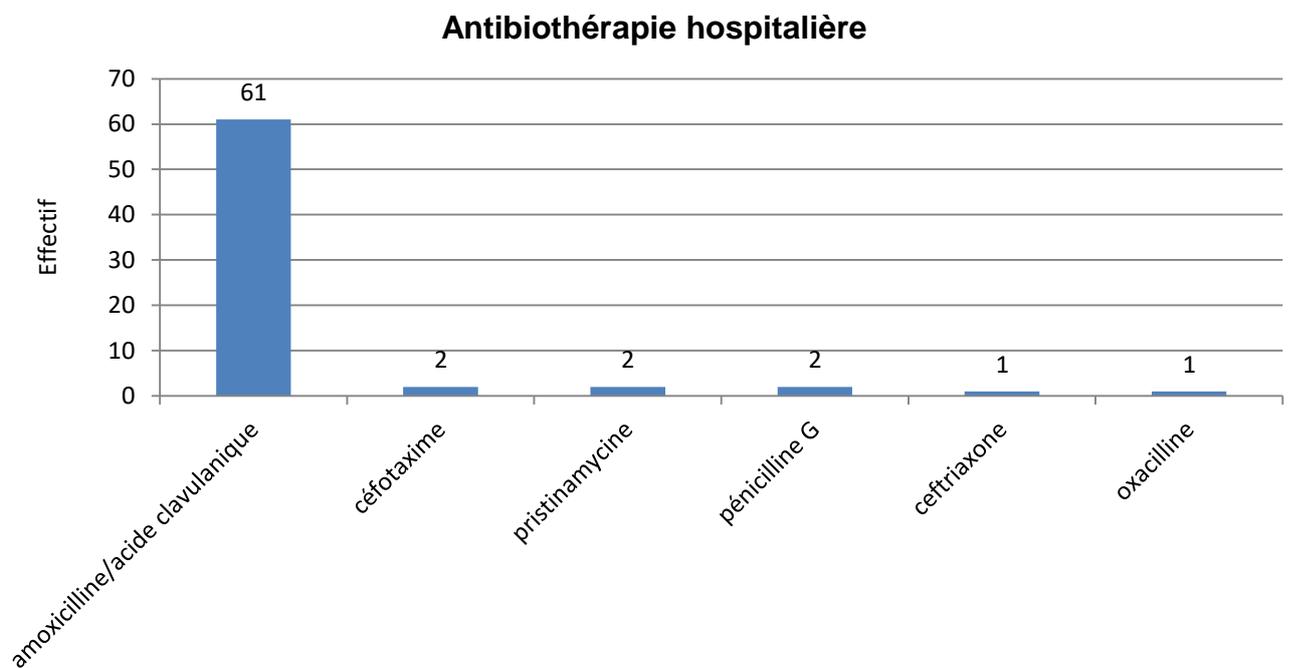
Détails de l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant : amoxicilline/acide clavulanique (n=14 ; 58.3%), pristinamicine (n=7 ; 29.2%) et amoxicilline (n=3 ; 12.5%).

Prise en charge hospitalière

La répartition dans les services était la suivante : 79.7% (n=55) en service de chirurgie orthopédique et 20.3% (n=14) au SMPU.

IGS 2 moyen observé dans ce groupe était de 11.46 et la CRP moyenne de 79 mg/l.

Une antibiothérapie a été prescrite chez tous les patients inclus.



Graphique 7

8.6 % (n=6) des patients ont bénéficié d'une bi antibiothérapie: métronidazole 50% (n=3), clindamycine 33.3 % (n=2) ou gentamycine 16.7% (n=1).

La voie orale était prescrite dans 62.3% des cas (n=43) pour la première antibiothérapie et la voie intra veineuse pour la seconde antibiothérapie (100%).

1.4% (n=1) des patients ont dû avoir recours au caisson hyperbare.

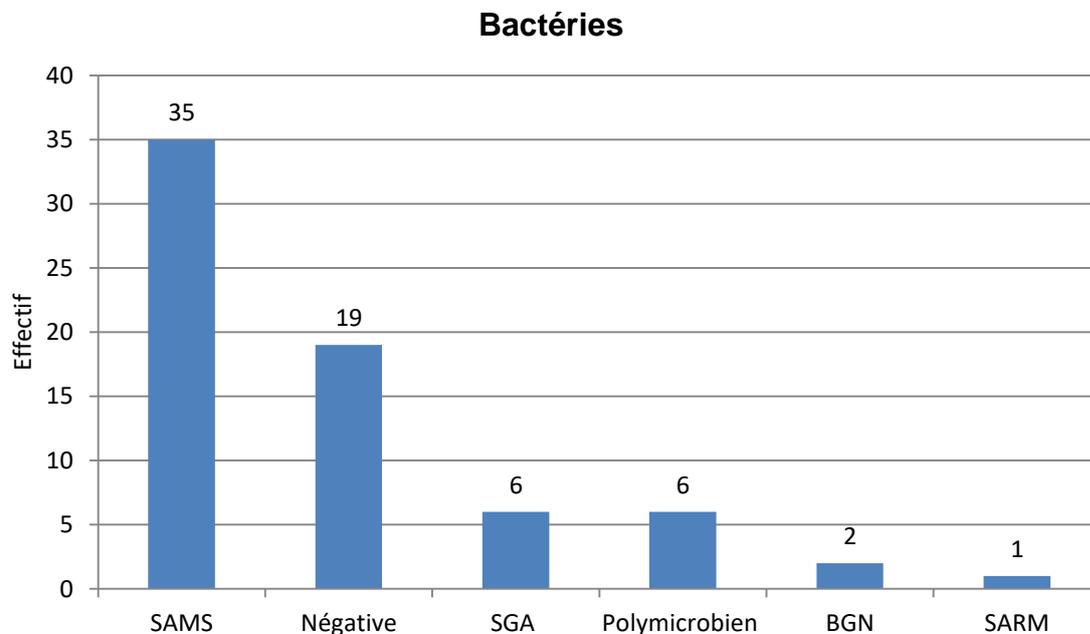
Mis à plat chirurgicale dans 94.2% des cas (n=65).

Imagerie : 7.2% (n=5) des patients (échographie et TDM).

Données microbiologiques

Les patients ont bénéficié de prélèvements locaux 78.3% (n=54), prélèvement local et hémocultures 11.6% (n=13) ou hémocultures seules 1.4% (n=1.4). Aucun prélèvement n'a été fait pour 8.7%(n=6) des patients.

Les résultats bactériologiques sont détaillés dans le graphique suivant :



Graphique 8

Les BGN retrouvés étaient 1 *Echerichia coli* et 1 *Klebsiella pneumoniae*.
Détails du groupe Polymicrobien :

Bactéries	Effectif
SAMS et SGA	3
<i>Aeromonas hydrophila</i>	1
<i>Echerichia.coli</i>	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1
SGB	1
<i>Prevotella bivia</i>	1
<i>Actinomyces spp</i>	1

Tableau 1

Complications

10.1 % (n=7) des patients ont eu des complications locales (5 abcès, 1 TVP et 1 nécrose secondaire).

1 patient a présenté des complications générales, soit 1.4% des patients (décompensation de tares).

Aucun patient n'a été amputé ou n'est décédé dans ce groupe.

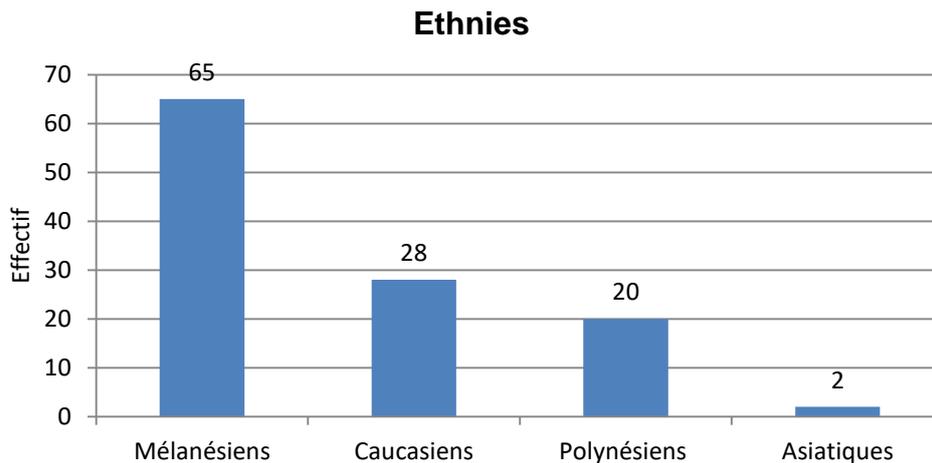
La durée moyenne d'hospitalisation était de 4.5j.

2. DHABNN

115 patients atteints de DHABNN ont été hospitalisés durant cette période. Soit une prévalence DHABNN est de 85 cas pour 100 000 habitants. Sex ratio : 2,02.

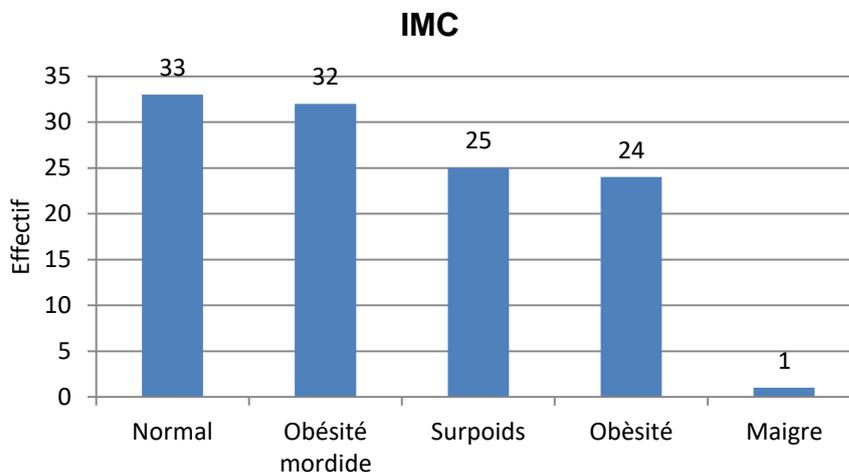
Identité et antécédents

La répartition des différentes ethnies au sein de ce groupe est la suivante :



Graphique 9

L'âge moyen était de 52.7 ans et le poids moyen de 91.8 kg.



Graphique 10

Soit un IMC moyen de 31.

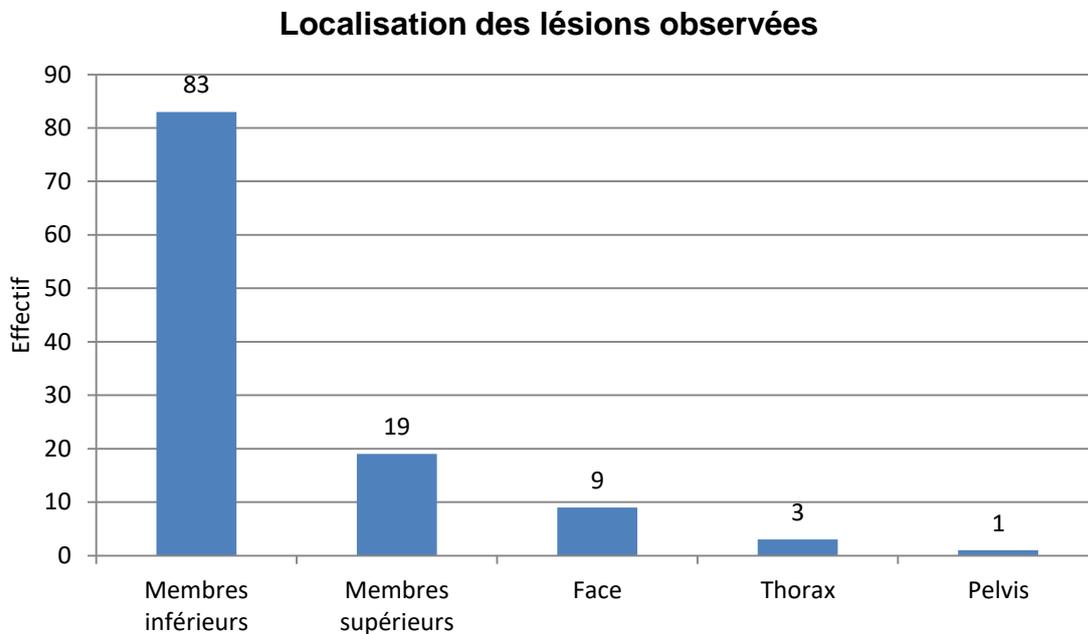
33% (n=38) étaient diabétiques, 21.7% (n=25) étaient porteurs d'IRC et 21.7% (n=25) d'insuffisance veineuse. 20.9% (n=24) porteurs d'une dermatose chronique, 3.5% (n=4) des patients dans ce groupe étaient immunodéprimés, 3.5% (n=4) atteints d'AOMI et 1.7% (n=2) patients cirrhotiques.

Les patients de ce groupe habitaient majoritairement sur la côte Ouest (73%, n=84),

16.6% (n=19) venaient des îles Loyautés, 8.7% de la côte est (n=10) et 1.7% de Polynésie (n=2).

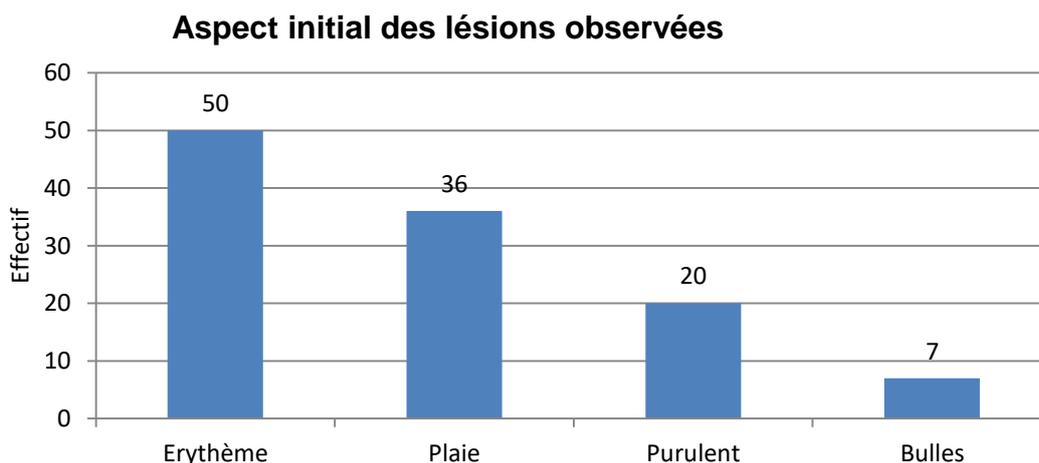
Prise en charge pré hospitalière

La répartition des lésions observées était la suivante :



Graphique 11

L'aspect initial des lésions observées est résumé par le graphique suivant :

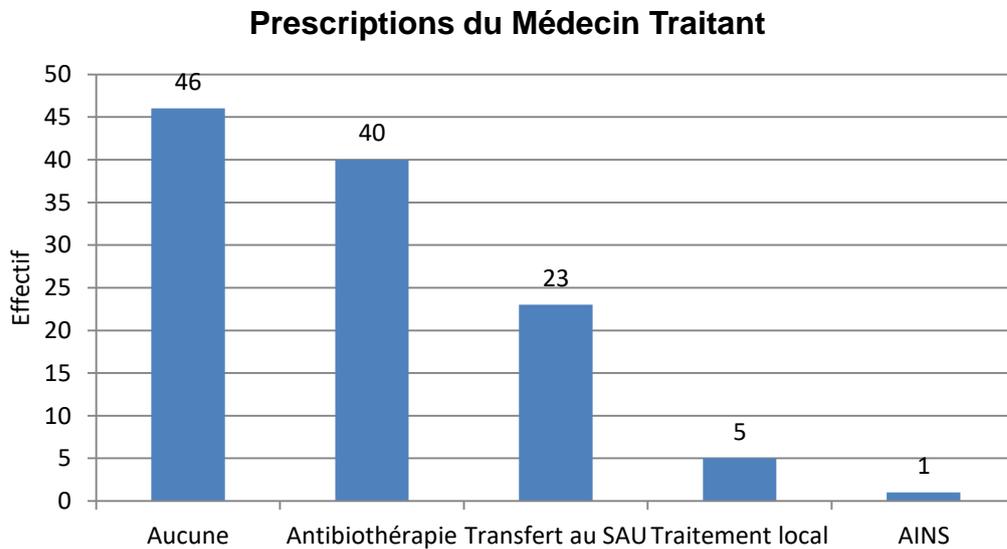


Graphique 12

Un traitement traditionnel avait été entrepris dans 13% des cas (n=15) et une automédication dans 4.3% (n=5) des cas. 7.8% (n=9) des patients avaient pris des AINS.

62.6% (n=72) des patients ont consulté leur médecin traitant avant le recours aux soins hospitaliers.

Les prescriptions du médecin traitant sont résumées par le graphique suivant:



Graphique 13

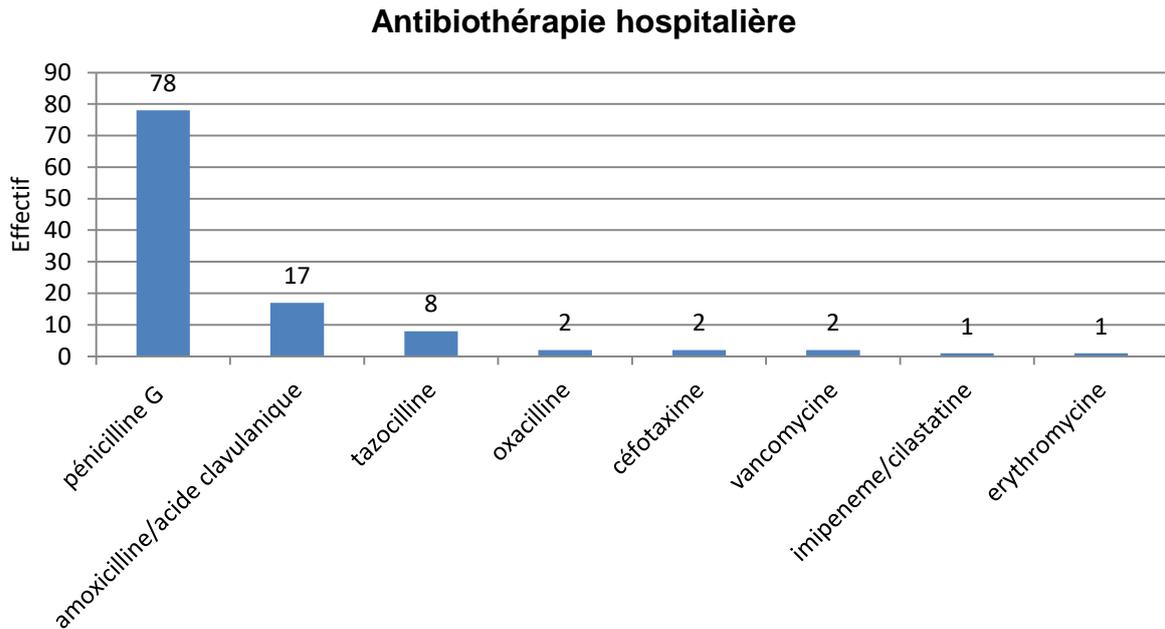
Détails de l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant : amoxicilline/acide clavulanique (n=15 ; 37.5%), pristinamicine (n=15 ; 37.5%), amoxicilline (n=8 ; 20%), ofloxacine (n=1 ; 2.5%), oxacilline (n=1 ; 2.5%).

Prise en charge hospitalière

La répartition dans les services était la suivante : 37.4 % au SMPU (n=43), 34.8% en service de chirurgie orthopédique (n=40), Médecine interne 20% (n=23), et 7.8% (n=9) en réanimation.

IGS 2 moyen observé dans ce groupe était de 19.4 et la CRP moyenne de 166 mg/l.

Une antibiothérapie a été prescrite chez tous les patients inclus :



Graphique 14

La voie IV était prescrite dans 94.8% des cas (n=109).

60.8% (n=70) des patients ont bénéficié d'une bi antibiothérapie (amikacine 2.9% sulfaméthazole 1.4% ciprofloxacine 1.4% clindamycine, 81.4% gentamycine 10% ceftriaxone 1.4%). La voie IV était prescrite dans 94.2% (n=66) des cas.

Aucun patient n'a dû avoir recours au caisson hyperbare.

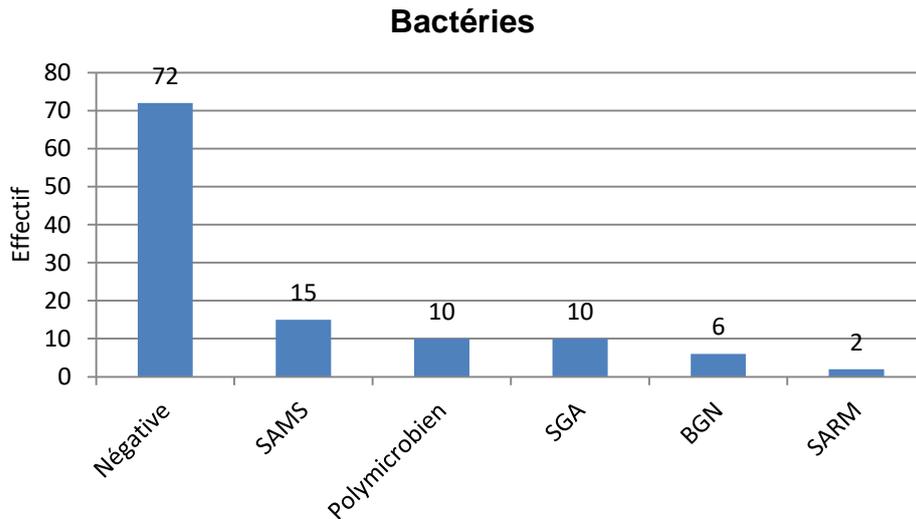
Une chirurgie a été pratiquée chez 33.9% (n=39) des patients : mis à plat dans 60% des cas (n=24), excision large dans 22.5% des cas (n=9) et autre pour 17.5% des patients (n=7).

33% (n=38) des patients ont bénéficié d'une imagerie durant leur séjour (échographie 13.9% soit 16 patients et TDM 19.1% soit 22 patients).

Données microbiologiques

Les patients ont bénéficié d'hémocultures seules chez 33.9%(n=39) des patients, de prélèvements locaux 20.9% (n=13), ou prélèvement local et hémocultures dans 20.9% (n=13) des cas. Aucun prélèvement n'a été réalisé chez 25.2% des patients (n=29).

Les résultats bactériologiques sont détaillés dans le graphique suivant :



Graphique 15

Les BGN retrouvés étaient : *Enterobacter cloacae* (n=2), *Enterococcus faecalis* (n=2), *Serratia urealytica* (n=1) et *Klebsiella pneumoniae* (n=1).

Détails des bactéries retrouvées au sein du groupe Polymicrobien :

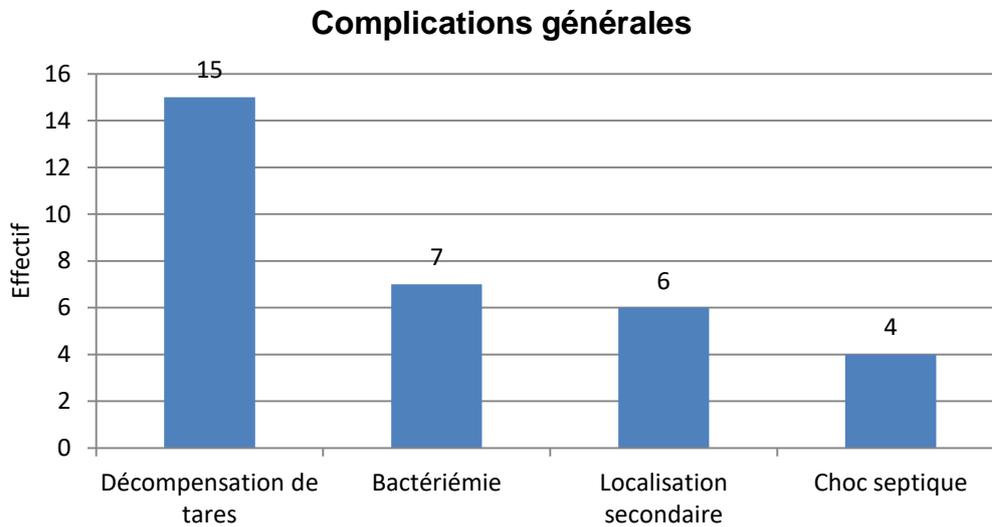
Bactéries	Effectif
SAMS	6
SGA	4
<i>Enterobacter cloacae</i>	4
SGB	2
<i>Echerichia coli</i>	2
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1

Tableau 2

Complications

Les complications locales observées étaient des abcès secondaires dans 78% des cas (n=21), une nécrose secondaire dans 11% des cas (n=3) et une thrombose veineuse profonde dans 11% des cas (n=3).

Les complications générales observées étaient :



Graphique 16

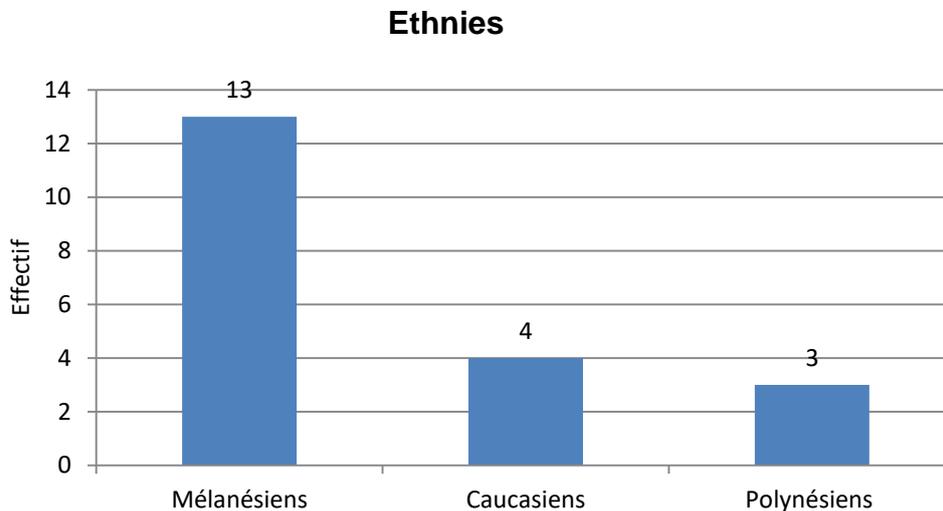
2.6% (n=3) des patients ont été amputés d'un membre. On a constaté 1.7% de décès dans ce groupe soit 2 patients.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13.18 jours.

3. DHABN

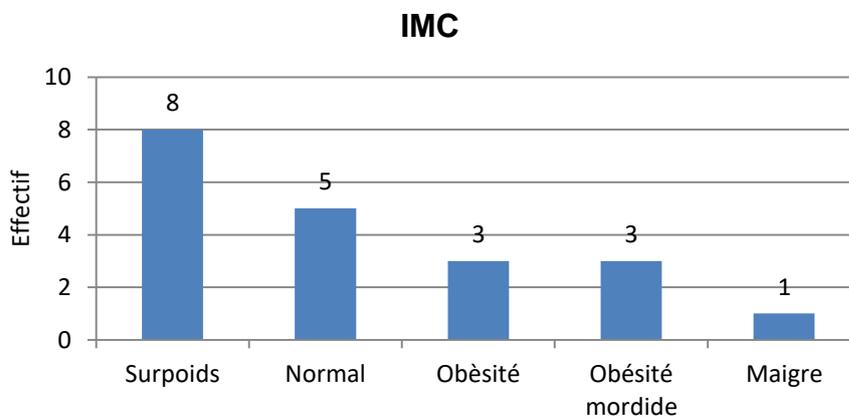
20 patients atteints de DHABN ont été hospitalisés durant cette période. Sex ratio : 3.

Identité et antécédents



Graphique 17

L'âge moyen était de 54.6 ans et le poids moyen de 84.2kg.



Graphique 18

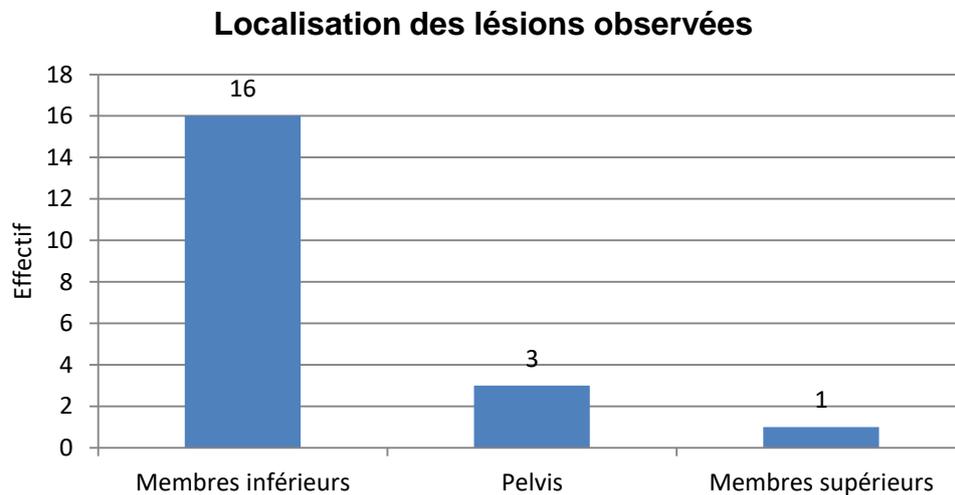
L'IMC moyen était de 28.5.

40% (n=8) étaient diabétiques, 15% (n=3) porteurs d'une dermatose chronique, 10% (n=2) des patients dans ce groupe étaient immunodéprimés. 10% (n=2) étaient porteurs d'IRC et 5% (n=1) d'insuffisance veineuse. Aucun patient de ce groupe n'était atteint de cirrhose ou d'AOMI.

Les patients résidaient sur côte Est pour 15%(n=3) d'entre eux, côte Ouest 60% (n=12), 15% (n=3) venaient des îles Loyautés et 10% (n=2) de Polynésie française.

Prise en charge pré hospitalière

La répartition des lésions observées était la suivante :



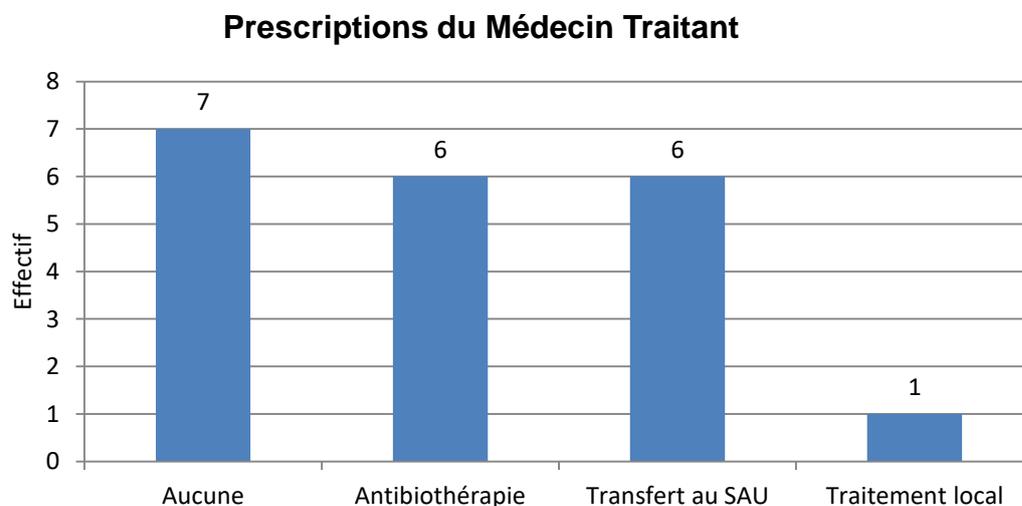
Graphique 19

L'aspect initial était une plaie dans 50% des cas (n=10), nécrose 20% (n=4), purulent dans 20% des cas (n=4), bulleux dans 5% des cas (n=1), érythémateux dans 5% des cas (n=1).

Un traitement traditionnel avait été entrepris dans 5% des cas (n=1). Aucun patient n'avait pris des AINS.

65% (n=13) des patients ont consulté leur médecin traitant avant le recours aux soins hospitaliers.

Les prescriptions du médecin traitant sont résumées dans le graphique suivant :



Graphique 20

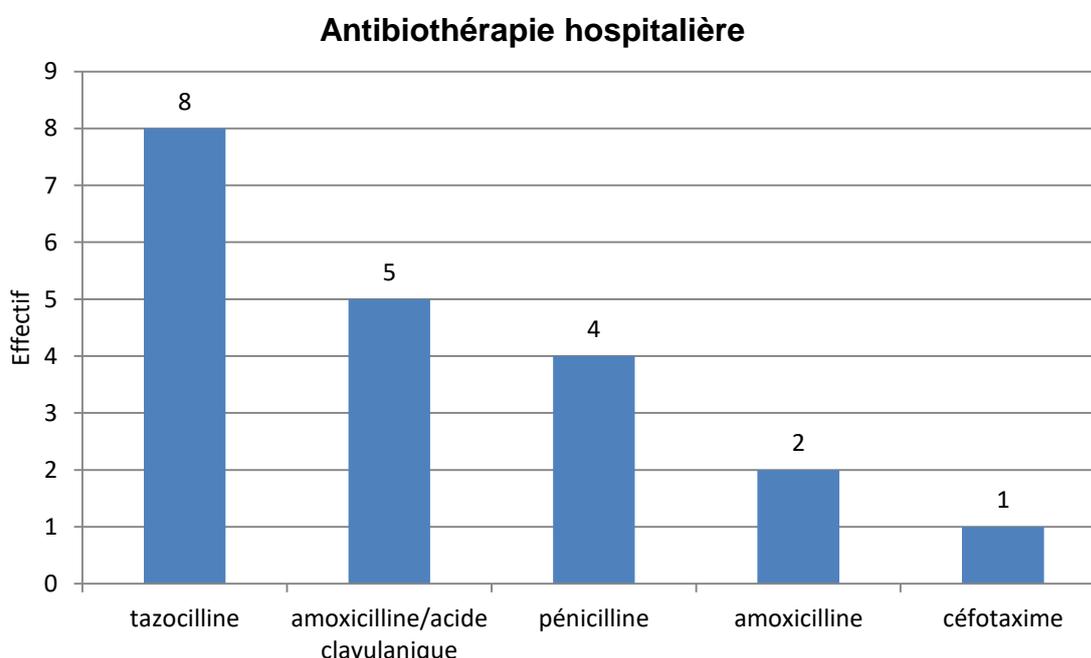
Détails de l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant : amoxicilline (n=3 ; 50%), pristinamicine (n=2 ; 33.3%), amoxicilline/acide clavulanique (n=1,16.7%).

Prise en charge hospitalière:

La répartition dans les services était la suivante: 60% en service de chirurgie orthopédique (n=12), réanimation 35% (n=7) et 5 % au SMPU (n=1).

IGS 2 moyen observé dans ce groupe était de 23.6 et la CRP moyenne de 226 mg/l.

Une antibiothérapie a été prescrite chez tous les patients inclus. Les détails sont exposés par le graphique suivant :



Graphique 21

La voie IV était prescrite dans 100% des cas.

Bi-antibiothérapie chez 95% des patients (n=19) : clindamycine 68.4% (n=13), métronidazole 10.5% (n=2) gentamycine 10.5% (n=2), ofloxacine 5.3% (n=1), amoxicilline 5.3% (n=1). La voie IV était prescrite dans 94.7% (n=18) des cas pour la seconde antibiothérapie.

40% (n=8) des patients de ce groupe ont eu recours au caisson hyperbare.

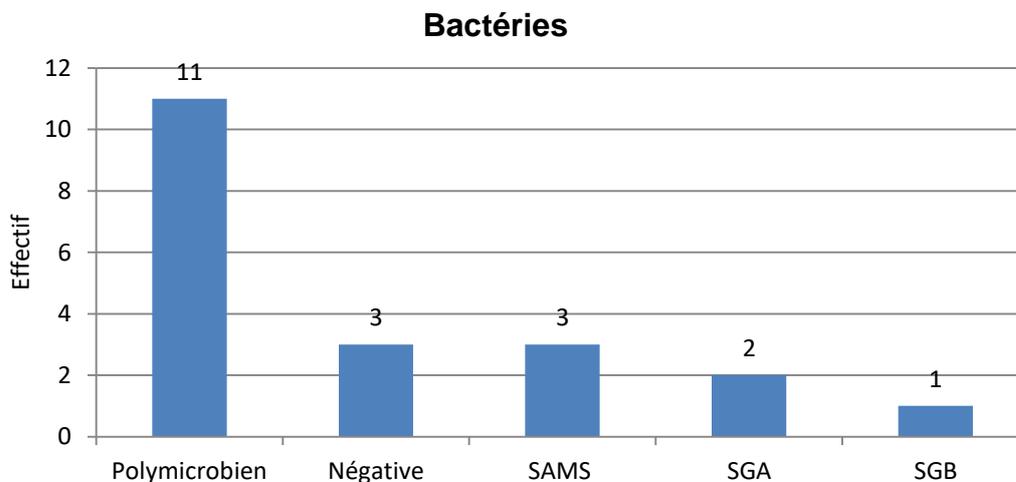
95% (n=19) des patients ont bénéficié d'une chirurgie : mis à plat 15.8% (n=3), excision large 73.7% (n=14) et « autre » 10.5% (n=2).

35% (n=7) des patients ont bénéficié d'une imagerie durant leur séjour (TDM).

Données microbiologiques

Les patients ont bénéficié de prélèvements locaux dans 25% des cas (n=5), d'hémocultures dans 10% des cas (n=2) ou de prélèvements locaux et d'hémocultures pour 65% des patients (n=13).

Les résultats bactériologiques sont détaillés dans le graphique 22 et le tableau 3 :



Graphique 22

Détails du groupe polymicrobien :

Bactéries	Effectif
<i>Echerichia coli</i>	5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3
SGA	2
<i>Enterobacter cloacae</i>	2
<i>Enterococcus faecalis</i>	2
<i>Proteus vulgaris</i>	1
SARM PVL +	1
SAMS	1
<i>Prevotella bivia</i>	1

Tableau 3

Complications

50% (n=10) des patients ont présenté des complications locales: nécroses secondaires (100%).

55% des patients (n=11) ont présenté des complications générales : 25% des patients un choc septique (n=5), 30% des décompensations de tares (n=6).

10% des patients ont nécessité une amputation (n=2).

On a constaté 5% de décès dans ce groupe soit 1 patient.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 37.9 jours.

Etude comparative

Nous avons comparé les sous groupes entre eux. Les différences significatives observées sont résumées dans le tableau suivant.

		Abcès	DHABNN	DHABN
Age (années)		37.1	52.7	54.6
Ethnies (%)	Mélanésienne	76.8	56.5	65
	Caucasienne	5.8	24.3	20
IMC		25.4	31.2	28.5
Comorbidités (%)	Dermatose chronique	2.9	20.9	10
	IRC	2.8	21.7	10
	Insuffisance veineuse	1.4	21.7	5
Localisation (%)	Membres inférieurs	36.2	72.2	80
Prise d'AINS (%)	Oui	5.8	7.9	0
Traitement Traditionnel (%)	Oui	10.1	13	5
Aspect initial (%)		Purulent 60.9	Erythème 43.5	Plaie 50
IGS 2		11.46	19.49	23.6
CRP (mg/l)		79	166	226
Service (%)	Chirurgie	79.7	34.8	60
	SMPU	20.3	37.4	5
Microbiologie (%)	prélèvements locaux	78.3	20.9	25
	hémocultures	1.4	33.9	10
	prélèvements locaux et hémocultures	11.6	20.9	65
Caisson hyperbare %	Oui	1.4	0	40
Bactéries		SAMS 50.7	Aucune 62.6	Polymicrobien 55
Chirurgie (%)	Oui	95	37.4	95
Imagerie (%)	Non	92.8	67	65
Complications locales (%)	Oui	11.1	27.2	50
Complications générales (%)	Oui	1.4	62.8	50
Amputation (%)	Oui	0	2.6	10
Décès(%)	Oui	0	1.7	5
Durée d'hospitalisation (j)		4.5	13.1	37.9
Retard à l'antibiothérapie efficace (j)		7.6	6.9	9.2

Tableau 4

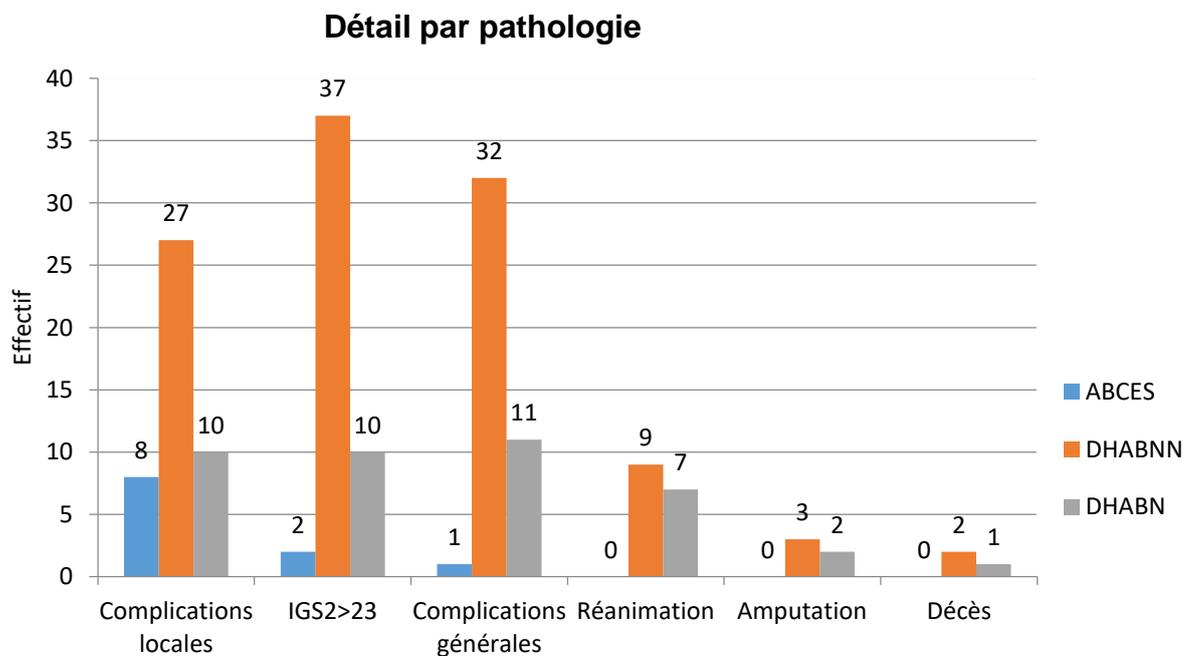
Objectif secondaire

Nous avons tenté d'identifier les déterminants de la gravité, de décès ou d'amputation en intra hospitalier. La faible puissance de l'étude ne nous a pas permis de mettre en évidence des facteurs de gravités mais une tendance statistique.

Le tableau suivant représente la proportion de patients « graves » au sein de chaque groupe.

Diagnostic	Gravité	Effectif total	Proportion
ABCES	10	69	14.5%
DHABNN	72	115	62%
DHABN	19	20	95%

Tableau 5



Graphique 23

Abcès

Dans le groupe abcès 10 patients répondaient à la définition de la gravité.

La proportion de patients mélanésiens était plus faible dans le groupe de patients atteints d'abcès graves.

Les 2 patients souffrant d'IRC ont présenté des complications.

3 des 4 patients ayant pris des AINS ont présenté des complications.

Aspect initial : les patients présentant des lésions érythémateuses ont présenté plus de complications que les autres. Les lésions purulentes étaient moins souvent compliquées.

Aucun patient n'ayant fait de traitement traditionnel n'a présenté de complication.

3 patients du groupe abcès graves ont bénéficié d'une bi antibiothérapie.

3 patients sur 10 ont bénéficié de prélèvements locaux associés aux hémocultures dans le groupe des abcès graves alors que les patients du groupe non grave ont bénéficié plus souvent de prélèvements locaux seuls.

Abcès		Grave (n)	Non grave (n)
Ethnie	Mélanésienne	4	49
	Caucasienne	2	2
	Polynésienne	4	8
Antécédents	IRC	2	0
Prise d'AINS	Oui	3	1
Aspect initial	Erythémateux	6	10
	Purulent	3	39
Traitement traditionnel	Oui	0	7
IGS 2		19	10
CRP (mg/l)		126	71
Bactériologie	prélèvements locaux et hémocultures	3	5
	prélèvements locaux	6	48
Bi Antibiothérapie	Oui	3	3
Imagerie	TDM	2	1

Tableau 6

Dans le groupe DHABNN 72 patients répondaient à la définition de gravité.

Les patients souffrants de DHABNN graves étaient plus âgés que les autres (57 ans vs 44)

Les patients IRC ont majoritairement présentés des complications (23 vs 2).

Localisation : 56 patients graves présentaient des lésions des membres inférieurs. Toutes les lésions localisées au thorax étaient compliquées (n=3).

La durée d'hospitalisation était plus longue dans le groupe DHABNN graves (16.75j vs 7.21j).

L'IGS2, la CRP, l'antibiothérapie hospitalière ou encore la durée d'hospitalisation ne peuvent être considérés comme des facteurs de gravité mais comme des conséquences de celle-ci.

DHABNN		Grave (n)	Non grave (n)
Age (années)		57	44
Antécédents	IRC	23	2
Localisation	Membres inférieurs	56	27
	Thorax	3	0
IGS 2		22.9	13.7
Durée d'hospitalisation (j)		16.7	7.2

Tableau 7

DHABN

Au sein de l'échantillon DHABN 19 patients sur 20 répondaient à la définition de la gravité. Nous n'avons donc pas pu établir de comparaison entre sous groupe du fait du manque d'effectif.

DISCUSSION

Les limites

Le CHT est la structure hospitalière publique la plus importante et la plus fréquentée du territoire. L'échantillon apparaît biaisé par la sélection monocentrique des patients. Il s'agit de la seule structure disposant d'un service hospitalier d'urgences en province sud, région concentrant la majorité de la population calédonienne. L'échantillon de notre étude apparaît alors comme une étude unique par sa possibilité de recueil de données, mais montre un biais dû à la sélection monocentrique des patients. Etant donnée cette unicité de structure de soins et la taille réduite de notre cohorte, la puissance statistique de notre étude est alors réduite.

Le recensement de patients était non exhaustif car nous nous sommes limités aux services cités. Nous savons que par manque de lits ou selon les comorbidités, les patients ont pu être hospitalisés dans d'autres services et donc n'ont pas été interrogés. Avec plus de moyens, le recensement aurait pu être élargi aux autres services et autres structures hospitalières et ambulatoires. Une étude longitudinale permettrait d'obtenir des résultats pertinents et de mettre en avant des facteurs de risques fiables et solides.

Le SA PVL + était peu retrouvé dans notre étude car la PCR n'était pas systématique. Notre étude ne peut être considérée comme reflétant la prévalence du SA PVL + en Nouvelle Calédonie. La prise en compte systématique de la PCR aurait permis de retrouver plus de SA PVL +.

Cette étude est seule étude prospective réalisée à grande échelle sur le territoire calédonien concernant ce type de pathologie.

Objectif principal

L'objectif principal de notre travail était de réaliser la description épidémiologique et clinique de la population atteinte de DHAB.

1. Identité et antécédents

Le sex ratio en Nouvelle Calédonie est de 0.98. Dans les cohortes antérieures, on note que le sexe ratio est de 1 (2) pour les DHABNN ou DHABN (3). Dans notre étude, le sex ratio est à 2.29.

L'ethnie mélanésienne était surreprésentée (64.2%) par rapport à la population générale (39%), mais encore plus dans le groupe abcès (76%).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette sur représentation :

- une prédisposition génétique comme le suggère une étude néo zélandaise menée en pédiatrie (20).
- un mode de vie et un climat favorisant les DHAB.

Les patients atteints d'abcès étaient plus jeunes que dans les 2 autres sous-groupes avec une moyenne d'âge de 37.1 ans vs 52 ans pour les DHABNN ou 54 ans pour

les DHABN. Nos données correspondent à celles de la littérature concernant l'âge des DHABNN et DHABN (2-21).

Les antécédents les plus fréquemment retrouvés dans notre étude étaient le diabète (43%), les dermatoses chroniques (14%) ou encore l'IRC (14%). Ils sont identiques aux facteurs de risque connus et de fréquence égale aux cohortes déjà étudiées (22). On note une fréquence moindre des comorbidités dans le groupe abcès (8.7%). Certainement en lien avec le jeune âge des patients.

L'IMC dans le groupe abcès était souvent normal mais les 2 autres groupes présentent un IMC > 30. La prévalence de l'obésité est importante en Nouvelle Calédonie. En effet 54% de la population est en surpoids ou obèse selon la DASS en 2010. L'incidence peut atteindre 83% des femmes de certaines ethnies (23). Ces données s'expliquent par un changement récent des habitudes alimentaires et des modes de vie.

Le diabète en Nouvelle Calédonie touche 3.4% de patients suivis et traités en 2009 (DASS). Le nombre de patients atteints de diabète est en hausse de 9% par an selon ASSNC. En comparaison, en France métropolitaine les chiffres montrent 4.7% de personnes atteintes de diabète de tous types, avec un ralentissement de la progression ces dernières années (2.3% entre 2009 et 2013, DASS).

Or nous observons que l'obésité comme le diabète favorisent la survenue de DHABNN et DHABN (24). Nous retrouvons ce facteur de risque dans nos données puisqu'on observe 28% de patients diabétiques et un IMC moyen à 28.

2. Prise en charge préhospitalière

58% des patients ont consulté leur MT. 44% ont bénéficié d'une antibiothérapie et 17% ont été transférés directement au SAU. Trop peu de patients ont eut recours aux soins primaires. Une comparaison avec la France métropolitaine n'est pas possible car peu de données sont disponibles. Les résultats émanent de séries hospitalières.

Peu de patients ont réalisé un traitement traditionnel (11%) ou ont pris des AINS (6.3% sur la totalité de l'étude et aucun dans le groupe DHABN).

Les antibiothérapies prescrites en ambulatoire étaient toujours adaptées aux germes suspectés. Mais 44% des patients ayant consulté n'ont reçu aucun traitement.

3. Prise en charge hospitalière

La durée moyenne de recours aux soins hospitaliers et donc de l'antibiothérapie efficace présumée était de 7.8 jours.

Les traitements administrés dans les différents sous-groupes sont tous en accord avec le guide local d'antibiothérapie et l'IDSA guide line (Annexe 3) (18).

Le taux de chirurgie élevé reflète des recommandations internationales (18) dans les sous-groupes abcès (94%) et DHABN (95%). 33.9% des DHABNN ont bénéficié d'une chirurgie ; taux important par rapport à la littérature (12%)(3) mais en lien avec les complications secondaires observées (abcès 18%).

Les thérapeutiques alternatives comme le caisson hyperbare ou l'administration IgIV n'étaient pas systématiques. Leur utilisation étant controversée, ceci se reflète dans notre étude (3).

4. Microbiologie

D'un point de vue microbiologique notre étude est en accord avec les données de la littérature.

Le SAMS était retrouvé à 50.7% dans les prélèvements d'abcès. La prise en charge chirurgicale quasi systématique a permis de réaliser des prélèvements rigoureux et d'obtenir des données microbiologiques précises.

Dans le groupe DHABNN, 62% des prélèvements bactériologiques sont revenus négatifs. Sinon le SA et SGA étaient majoritaires. Devant le faible rendement des examens microbiologiques dans de nombreuses études il n'est pas recommandé de réaliser des examens complémentaires dans les formes communes (18).

On retrouve une majorité d'infections polymicrobiennes dans les DHABN. Ce résultat rejoint le résultat observé dans l'étude du Dr GENIEY (7) dans lequel 49 patients sur 104 étaient atteints d'affections polymicrobiennes mais aussi la proposition de classification des DHABN de certains auteurs comme Hakkarainen (27) qui décrit un groupe polymicrobien (type 1), un groupe d'infection à SGA (type 2) et un dernier groupe d'infection à SA et SGA (type 3).

On note 2 cas d'infections à SAMR dans le sous-groupe DHABNN. Au moment de notre étude, la Nouvelle Calédonie ne paraît pas impactée par l'augmentation des infections à SAMR observée en Europe, USA ou en Australie (28). Ces patients ont présenté des complications générales (choc septique, bactériémie). On retrouve 1 cas à SA PVL+ dans le groupe DHABN. En 2010 le DR A. MERLET avait observé une prévalence de PVL+ de 58% dans les infections sévères à SA (29).

On remarquera l'absence d'infection à *Vibrio vulnificus* qui est une particularité locale, alors que cette bactérie est pourtant retrouvée en majorité dans le Pacifique sud et les régions côtières de l'océan Atlantique (30).

Complications

Le taux de complications observé dans chaque sous-groupe était de 11.5% pour les abcès ; 51% pour les DHABNN et 100% pour les DHABN.

10% complications ont été observées dans le sous-groupe abcès. Les complications générales étaient rares (1 patient). Ces résultats concordent avec l'âge moyen des patients et leurs antécédents.

Dans le sous-groupe DHABNN, 51 % des patients ont présenté des complications à court terme. Les plus fréquentes étaient les abcès ou nécroses secondaires et les décompensations de tares. La stabilité des comorbidités initialement présentes n'était pas évaluée. On peut également se demander si les comorbidités étaient stables avant l'hospitalisation. 33.9% des patients ont bénéficié de chirurgie pour abcès ou nécrose secondaire. Taux anormalement élevé par rapport aux données validées (3 à 12% des séries) (31). Un diagnostic et une antibiothérapie précoce pourrait améliorer ces résultats.

La complication la plus fréquente décrite dans la littérature est la récurrence (32). Avec plus de temps et de moyens, il serait intéressant de l'évaluer sur le territoire calédonien.

Dans le sous-groupe DHABN, 95% des patients ont présenté des complications à court terme. Notre travail n'était pas centré sur le DHABN, les complications recherchées n'étaient pas spécifiques à ce type de pathologie. Au delà

de la pathologie grave d'emblée, les complications à court termes sont inhérentes à ce type de DHAB.

Le taux de mortalité dans chaque sous groupe était nul dans le sous-groupe abcès. 1.7% dans le sous-groupe DHABNN ce qui est légèrement supérieur aux taux observé en métropole 0.5% (33). 5% dans le sous-groupe DHABN, la mortalité est moindre par rapport aux taux observés sur le territoire (25%) (7).

La durée d'hospitalisation variait également selon la gravité de la maladie entre 4.5j pour les abcès et 37.9 jours pour les DHABN.

Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de mettre en évidence les déterminants de la gravité, du décès et d'amputation en intra hospitalier. Une simple observation a été possible du fait du manque d'effectif.

Dans le sous-groupe abcès, on remarque que les AINS, l'IRC sont des facteurs pouvant influencer la gravité ce qui rejoint les données existantes (3). L'ethnie caucasienne apparaît également comme un facteur de gravité potentielle dans notre échantillon. L'IGS 2, la CRP ou encore l'antibiothérapie ne peuvent être considérés comme des facteurs de gravité car ces variables sont en lien avec la gravité de la pathologie.

Dans le sous-groupe DHABNN, l'âge et l'antécédent d'IRC apparaissent comme des facteurs de gravité, ce qui concorde avec les données déjà connues. La localisation apparaît être un facteur de gravité également. On observe que les lésions situées sur le thorax et sur le pelvis se sont plus fréquemment compliquées. La prise d'AINS, le traitement traditionnel ou encore l'IMC n'apparaissent pas comme des facteurs de gravité. Le délai de recours aux soins non plus. Ce qui est en contradiction avec les données de la littérature (3). La faible puissance de notre échantillon peut expliquer ces résultats.

Dans le sous-groupe DHABN, 19 patients sur 20 interrogés étaient décrits comme « grave » selon notre définition, nous n'avons pas pu établir de comparaison entre 2 sous groupes du fait du manque d'effectif. Notre définition de la gravité n'était pas assez précise pour différencier les patients plus graves dans ce sous groupe.

L'obésité n'apparaît pas comme un facteur de gravité à court terme comme le décrit l'étude américaine d'ATAMA (32).

La prise D'AINS, l'IRC, la localisation ou l'âge sont des facteurs de gravités déjà connus.

Le délai de recours aux soins n'apparaît pas comme un facteur de gravité. L'étude menée en 2016 par Lee (33) montre qu'en plus du diamètre initial de la lésion, le délai de recours aux soins pourrait être un facteur prédictif d'échec du traitement initial. On ne retrouve pas ces résultats dans notre étude.

Les déterminants de la gravité, du décès ou de l'amputation pourraient être mieux évalués avec un effectif plus important.

CONCLUSION

Notre étude montre que les DHAB (abcès, DHABNN et DHABN) sont un motif récurrent d'hospitalisation au CHT de Nouvelle Calédonie avec une prévalence observée de 151 patients admis par an pour 100000 habitants toutes DHAB confondues.

L'ethnie mélanésienne était majoritaire (64%). L'IMC moyen était de 28. Le sex ratio était de 2.3. Les lésions étaient principalement localisées aux membres inférieurs. Le délai d'antibiothérapie efficace était de 7.8j.

Les patients atteints d'abcès étaient jeunes (37 ans), mélanésiens (76%), IMC à 25 et présentaient peu de comorbidités (8.6%). Dans le groupe DHABNN, l'âge moyen était de 52 ans, l'IMC de 31 et 54.7% des patients présentaient des comorbidités. Les patients atteints de DHABN avaient en moyenne 55 ans, un IMC de 28 et 50% présentaient des comorbidités. 58% des patients avaient consulté leur MT et 22.5% avaient pris des AINS ou un traitement traditionnel.

Les patients admis pour abcès étaient hospitalisés en chirurgie, pour DHABNN dans les services de médecine et pour DHABN dans les services de chirurgie et de réanimation. Les traitements administrés correspondent aux recommandations internationales et au guide local d'antibiothérapie.

Les germes plus fréquemment retrouvés étaient le SGA et SA, dont 94% de SAMS dans le sous-groupe abcès. Les DHABNN sont non documentées sur le plan bactériologique dans 62% des cas. Les DHABN étaient pour 50% polymicrobiennes. 2 cas d'affection à SAMR et 1 cas à SA PVL + ont été observés. Les DHABNN ont bénéficié de chirurgie pour abcès ou nécrose secondaire dans 33.9% des cas, ce qui est supérieur aux données de la littérature (3 à 12%).

Le taux de complication était faible dans le sous-groupe abcès (11.5%), 51% dans le sous-groupe DHABNN et 100% dans le sous-groupe DHABN. Le taux de mortalité observé était nul pour les abcès, 1.7% pour les DHABNN et 5% pour les DHABN.

Les déterminants de la gravité, du décès ou de l'amputation pourraient être mieux évalués avec un effectif plus important.

Ces pathologies pourraient voir leur pronostic amélioré par la réduction du délai de prise en charge et d'antibiothérapie mais aussi par les campagnes de prévention contre le diabète et l'obésité mises en place sur le territoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. E Grosshans. Classifications anatomocliniques, terminologie. Conférence de consensus. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128 :307-11.
2. Mark S. Pasternack, Morton N. Swartz. Cellulitis, necrotizing fasciitis and subcutaneous tissue infections. *Skin and soft tissue infections*. In: Mandell, Douglas, and Bennett's. *Principle and practice of infectious diseases*. 8th edition. Philadelphia, Elsevier; 2010:1289-1311.
3. Société française de Dermatologie. Erysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge. *Ann Dermatol Venereol* 200 ; 128 :463-82.
4. Gauzit R. Infections cutanées graves: définitions, caractéristiques cliniques et microbiologiques. *Ann Fr Anesth Reanim*; 25(9) : 967-70.
5. Giuly E, Velly L, Gouin F (2006). Principes thérapeutiques des dermohypodermes bactériennes nécrosantes et des fasciites nécrosantes. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006 ; 25(9) :978-81.
6. Forel JM, Valera S, Castanier M. Infections communautaires graves- Cellulites, dermohypodermes aiguës bactériennes et fasciites nécrosantes. SRLF et Springer France ; 2011.
7. P.Geniey. Analyse des dermohypodermes bactériennes sévères prises en charge en Nouvelle Calédonie. [Mémoire DES anesthésie]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2015.
8. Le Hello S, Doloy A, Baumann F, Roques N, Coudene P, Rouchon B, et al. Clinical and microbial characteristics of invasive *Streptococcus pyogenes* disease in New Caledonia, a region in Oceania with a high incidence of acute rheumatic fever. *J Clin Microbiol*. 2010 Feb; 48(2):526-30.
9. Steer AC, Jenney A, Kado J, Good MF, Batzloff M, Waqatakirewa L, et al. Prospective surveillance of invasive group A streptococcal disease, Fiji, 2005-2007. *Emerg Infect Dis*. 2009 Feb; 15(2):216-22.
10. Safar A, Lennon D, Stewart J, Trenholme A, Drinkovic D, Peat B, et al. Invasive group A streptococcal infection and vaccine implications, Auckland, New Zealand. *Emerg Infect Dis*. 2011 Jun; 17(6):983-9.
11. Steer AC, Lamagni T, Curtis N, Carapetis JR. Invasive group A streptococcal disease: epidemiology, pathogenesis and management. *Drugs*. Jun 18; 72(9):1213-27.
12. Lepoutre A, Doloy A, Bidet P, Leblond A, Perrocheau A, Bingen E, et al. Epidemiology of invasive *Streptococcus pyogenes* infections in France in 2007. *J Clin Microbiol*. Dec;49(12):4094-100.
13. AMADEO N. Infections à Streptocoque du Groupe A : Diversité clinique et moléculaire en Nouvelle-Calédonie. [Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie]. Université des sciences pharmaceutiques de Tours ; 2012
14. Colot J. Antibiorésistance en Nouvelle Calédonie. INPC. Nouméa;2015.
15. Issartel B, Tristan A, Lechevallier S, Bruyere F, Lina G, Garin B, et al. Frequent carriage of Panton-Valentine leucocidin genes by *Staphylococcus aureus* isolates from surgically drained abscesses. *J Clin Microbiol*. 2005 Jul;43(7):3203-7.
16. Ben BUTSON and Paul KWA. Emergency department management of skin and soft tissue abscesses. *Emergency Medicine Australasia* (2015) 27, 460-463.
17. G Schmitz and al. The treatment of cutaneous abscesses: Comparaison of Emergency Medicine Providers' Practice Patterns. *West J Emerg Med* 2013

- Feb; 14(1): 23-28.
18. Stevens et al. Practice Guidelines for the diagnosis and Management of Skin and Soft tissue Infection: 2014 Update by the infectious Diseases of America; 2014.
 19. Lena M, Napolitano. Severe Soft tissue infections. *Infect Dis Clin.* 2009 Apr 6; 23:571-591
 20. Koea Jonathan B, Grant R Beban. Indigenous child health in New Zealand: Some surgical issues. *Journal of Pediatric and Child health.* 2010 sept 20; 46(9):466-470.
 21. M Nisbet, G Ansell, S Lang, S Taylor, Dzendrowskyj and D Hooland. Necrotizing fasciitis: review of 82 cases in South Auckland. *Internal Medecin Journal.* 2009 Jul 8; 543-548.
 22. Dupuy A. Epidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Ann dermatol Venereol* 2001 ; 128 :312-6
 23. Guignard R, Truong T, Rougier Y et Al. Alcohol drinking, tobacco smoking and anthropometric characteritic as risk factors for thyroid cancer. A countrywide case control study in New Caledonia. *Am J Epidemiol* 2007; 166 (10):1140-9.
 24. Roujeau JC. Critères cliniques et facteurs de risque. *Ann dermatol Venereol.* 2001; 128:376-81.
 25. Hakkarainen TW, Kopari NM, Pham TN, Evans HL. Necrotizing soft tisus infections: review and current concepts in treatment, systems of care, and outcomes. *Curr Probl Surg.* 2014 Aug; 51(8):344-62.
 26. Bennett CM, Coombs GW, Wood GM, Howden BP, Johnson LE, White D, Johnson PD. Community-onset Staphylococcus aureus infections presenting to general practices in South-eastern Australia. *Epidemiol Infect.* 2013 Jul 18; 142(3):501-11.
 27. Merlet A. Implication de la leucocidine de Panton et Valentine dans les infections sévères à Staphylococcus aureus en Nouvelle-Calédonie. [Thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux ; 2010.
 28. Kuo-Ching Huang, Hsu-Heui Weng and al. Distribution of fatal Vibrio Vulnificus Necrotizing Skin and soft tissue infections. *Medecine.* 2016 Feb; 95(5): 1-7.
 29. Crickx B. Erysipèle: évolution médicale sous traitement. Complications. *Ann Dermatol Venerol.* 2001;128:358-62
 30. Atamna A, Elis A, Gilady E, Gitter-Azulay L, Bishara J. How obesity impacts outcomes of infectious diseases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2017 Mar; 36(3):585-591.
 31. Lee G, Hall R, Boyd N, Dallas S, Du L, Trevino L, Trevino S, Retzlöff C, Lawson K, Wilson J, Olsen R, Wang Y, Frei C. A prospective observational cohort study in primary practices to identify factors associated with treatment failure in staphylococcus aureus skin and soft tissue infections. *Ann Clin Microbiol Antimicrob. San Antonio.* 2016; 15:58.

ANNEXES

Questionnaire

IDENTITE et ANTECEDENTS

1. NOM:
2. PRENOM:
3. AGE:
4. SEXE:
5. Ethnie déclarée :
 - Mélanésien
 - Caucasien
 - Asiatique
 - Polynésie
6. Lieu d'habitation :
7. IMC :
8. Diabète :
 - OUI
 - NON
9. Dermatoses chroniques :
 - Non
 - eczéma
 - ulcère
 - escarre
 - intertrigo
10. Immunodépression :
 - Non
 - OUI si Corticothérapie au long cours, VIH, Chimiothérapie.
11. Insuffisance rénale chronique :
 - OUI
 - NON
12. Insuffisance veineuse :
 - OUI
 - NON
13. Cirrhose :
 - OUI
 - NON
14. AOMI :
 - OUI
 - NON

PRISE EN CHARGE PRE HOSPITALIERE

15. Date début des symptômes :
16. Localisation :

17. Aspect de la lésion initiale :

- plaie
- présence de nécrose
- présence de pus
- présence de bulles

18. Traitement traditionnel entrepris :

- OUI
- NON

19. Automédication :

- AINS
- Corticoïdes
- Antibiotiques
- Traitement local

PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN TRAITANT

20. Date de consultation :

21. Prescriptions :

- AINS
- Corticoïdes
- Antibiothérapie

22. Antibiothérapie :

- Type :
- Posologie:

23. Traitement local :

- OUI. Type :
- NON

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

24. Date d'hospitalisation :

25. Score IGS 2 à l'admission (cf. annexe):

26. Service d'hospitalisation :

- Médecine interne
- Réanimation
- SMPU
- Chirurgie orthopédique

27. Antibiothérapie 1

28. Mode administration :

- IV
- Orale

29. Antibiothérapie 2

30. Mode d'administration :

- IV
- Orale

31. Bactériologie :

- Hémoculture
 - Prélèvement Local
 - Aucun
 - Hémoculture et prélèvement local
32. Bactérie(s) retrouvée(s) :
34. Caisson hyperbare :
- OUI
 - NON

CHIRURGIE

35. Type d'intervention :
36. Imagerie réalisée avant intervention :
- OUI
 - Echographie
 - TDM
 - NON
37. Nombre d'interventions :
38. Date(s) d'intervention(s):

COMPLICATIONS A COURT TERME

39. Locales :
- TVP
 - Nécrose secondaire
 - Abscess
40. Amputation :
- OUI
 - NON
41. Générales :
- Sepsis
 - Décompensation de tares
 - Localisation secondaire (endocardite, ostéomyélite)
42. Décès :
- OUI
 - NON

DIAGNOSTIC FINAL

43. Date de sortie d'hospitalisation :
44. Diagnostic final (CIM 10) :

Tableaux récapitulatifs des patients inclus

1. ABCES

ABCES	n	%	Moyenne
SEXE			
Homme	48	69,6	
Femme	21	30,4	
AGE moyen			37,1
IMC			25,4
Maigre	2	2,9	
Normal	36	52,2	
Surpoids	19	27,5	
Obésité	9	13	
Obésité morbide	3	4,3	
ETHNIES			
Mélanésiens	53	76,8	
Caucasiens	4	5,8	
Polynésiens	12	17,4	
Asiatiques	0	0	
LIEU D'HABITATION			
Côte Est	10	14,5	
Côte Ouest	51	73,9	
Iles Loyautés	8	11,6	
Wallis	0	0	
ANTECEDENTS			
Diabète	11	15,9	
IRC	2	2,9	
Dermatose chronique	2	2,9	
Immunodépression	0	0	
AOMI	0	0	
Cirrhose	0	0	
Insuffisance veineuse	1	1,4	
LOCALISATION			
Membres inférieurs	25	36,2	
Membres supérieurs	18	26,1	
Pelvis	13	18,8	
Thorax	4	5,8	
Face	9	13	
ASPECT INITIAL			
Erythème	16	23,2	
Plaie	10	14,5	
Bulles	1	1,4	
Nécrose	0	0	
Purulent	42	60,9	
AINS	4	5,8	
Traitement Traditionnel	7	10,1	
Automédication	6	8,7	
MEDECIN TRAITANT	34	49,3	
PRESCRIPTIONS MT			
AINS	1	1,4	
Antibiothérapie	24	34,8	
SAU	7	10,1	
Traitement local	0	0	
Aucune	37	53,6	
PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE			
IGS2			11,4
CRP mg/L			79
SERVICE			
SMPU	14	20,3	
Maladies infectieuses	0	0	
Chirurgie orthopédique	55	79,7	
Réanimation	0	0	
ANTIBIOTHERAPIE 1			
Pénicilline G	2	2,9	

Claforan	2	2,9	
Augmentin	61	88,4	
Pyostacine	2	2,9	
Bristopen	1	1,4	
Rocéphine	1	1,4	
VOIE ADMINISTRATION 1			
IV	26	37,7	
Orale	43	62,3	
ANTIBIOTHERAPIE 2	6	8,6	
Dalacine	2	33,3	
Flagyl	3	50	
Gentamycine	1	16,7	
VOIE ADMINISTRATION 2			
IV	6	100	
Orale	0	0	
BACTERIOLOGIE			
Hémocultures	1	1,4	
Prélèvement local	54	78,3	
Hémocultures et Prélèvements locaux	8	11,6	
Aucune	6	8,7	
BACTERIE 1			
SAMS	38	55,1	
SAMR	1	1,4	
STREPTO A	9	13	
STREPTO B	1	1,4	
BGN	3	4,3	
Aucune	17	24,6	
Polymicrobien	4	5,8	
CHIRURGIE	65	94,2	
IMAGERIE	5	7,2	
TDM	3	4,3	
Echographie	2	2,9	
Caisson hyperbare	1	1,4	
COMPLICATIONS LOCALES	7	10,1	
Nécrose	1	1,4	
TVP	1	1,4	
Abcès	5	7,2	
COMPLICATIONS GENERALES	1	1,4	
Bactériémie	0		
Décompensation de tares	1	1,4	
Localisations secondaires	0		
Amputation	0		
Décès	0		
Durée moyenne d'hospitalisation (j)			4.5

2. DHABNN

DHABNN	n	%	Moyenne
SEXE			
Homme	77	67	
Femme	38	33	
AGE moyen			52,7
IMC			31,2
Maigre	1	0,9	
Normal	33	29	
Surpoids	25	22	
Obésité	24	21	
Obésité Morbide	32	28	
ETHNIES			
Mélanésiens	65	57	
Caucasiens	28	24	
Polynésiens	20	17	
Asiatiques	2	1,7	
LIEU D'HABITATION			
Côte Est	10	8,7	
Côte Ouest	84	73	
Iles Loyautés	19	17	
Wallis	2	1,7	
ANTECEDENTS			
Diabète	38	33	
IRC	25	22	
Dermatose chronique	24	21	
Immunodépression	4	3,5	
AOMI	4	3,5	
Cirrhose	2	1,7	
Insuffisance veineuse	25	22	
LOCALISATION			
Membres inférieurs	83	72	
Membres supérieurs	19	17	
Pelvis	1	0,9	
Thorax	3	2,6	
Face	9	7,8	
ASPECT INITIAL			
Erythème	43,5		
Plaie	31,3		
Bulles	6,1		
Nécrose	1,7		
Purulent	17,4		
AINS	9	7,8	
Traitement Traditionnel	15	13	
Automédication	5	4,3	
MEDECIN TRAITANT	72	63	
PRESCRIPTIONS MT			
AINS	1	0,9	
Antibiothérapie	40	35	
Urgences	23	20	
Traitement local	5	4,3	
Aucune	46	40	
PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE			
IGS2			19,4
CRP			166
SERVICE			
SMPU	43	37	
Maladies infectieuses	23	20	
Chirurgie orthopédique	40	35	
Réanimation	9	7,8	
ANTIBIOTHERAPIE 1			
Pénicilline G	78	68	
Claforan	2	1,7	
Augmentin	17	15	
Pyostacine	1	0,9	

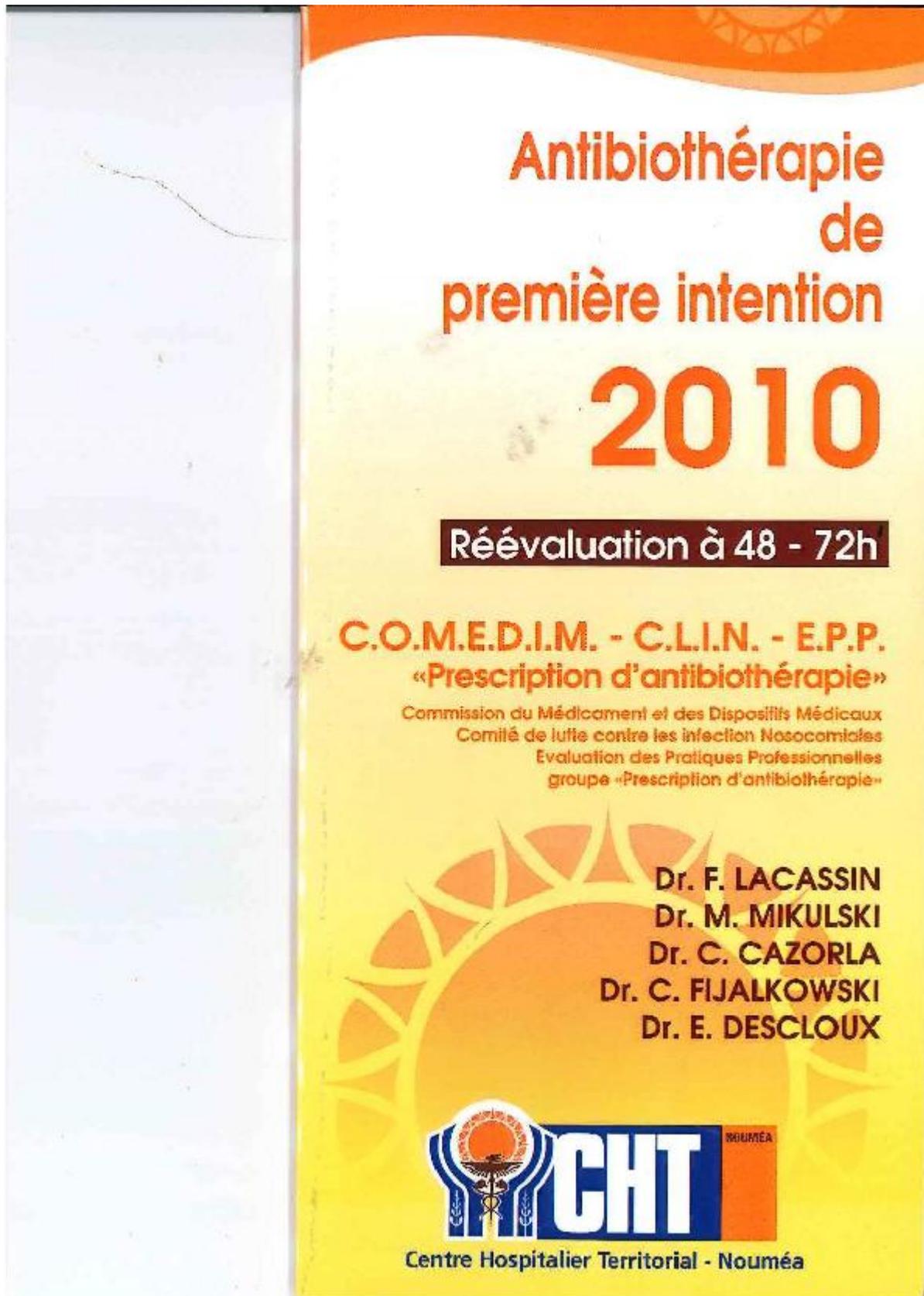
Bristopen	2	1,7	
Flagyl	1	0,9	
Tazocilline	8	7	
Erythromycine	1	0,9	
Vancomycine	2	1,7	
Tienam	1	0,9	
Dalacine	2	1,7	
VOIE ADMINISTRATION			
IV	109	95	
Orale	6	5,2	
ANTIBIOTHERAPIE 2	70	61	
Amiklin	2	2,9	
Bactrim	1	1,4	
Ciflox	1	1,4	
Dalacine	57	81	
Rocéphine	1	1,4	
Gentamycine	7	10	
Claforan	1	1,4	
VOIE ADMINISTRATION			
IV	66	94	
Orale	4	5,8	
BACTERIOLOGIE			
Hémocultures	39	34	
Prélèvement local	13	21	
Hémocultures et Prélèvement local	5	20	
Aucune	29	25	
BACTERIE 1			
SAMS	16	14	
SAMR	1	0,9	
STREPTO A	15	13	
STREPTO B	2	1,7	
BGN	9	7,8	
Aucune	72	63	
Polymicrobien	10	8,6	
CHIRURGIE	39	34	
mise à plat	24	60	
excision large	9	23	
autre	6	18	
IMAGERIE	38	33	
TDM	22	19	
Echographie	16	14	
Caisson Hyperbare	0	0	
COMPLICATIONS LOCALES	27	23	
Nécrose	3	2,6	
TVP	3	2,6	
Abcès	21	18	
COMPLICATIONS GENERALES	32	28	
Bactériémie	7	6,1	
Choc Septique	4	3,5	
Décompensation de tares	15	13	
Localisations secondaires	6	5,2	
Amputation	3	2,6	
Décès	2	1,7	
DUREE D'HOPITALISATION (j)			13,1

3. DHABN

DHABN	n	%	Moyenne
SEXE			
Homme	16	80	
Femme	4	20	
AGE moyen			54,6
IMC			28,5
Maigre	1	5	
Normal	5	25	
Surpoids	8	40	
Obésité Classe 1	3	15	
Obésité classe 2 et 3	3	15	
ETHNIES			
Mélanésiens	13	65	
Caucasiens	4	20	
Polynésiens	3	15	
Asiatiques	0		
LIEU D'HABITATION			
Côte Est	3	15	
Côte Ouest	12	60	
Iles Loyautés	3	15	
Wallis	2	10	
ANTECEDENTS			
Diabète	8	40	
IRC	2	10	
Dermatose chronique	3	15	
Immunodépression	2	10	
AOMI	0	0	
Cirrhose	0	0	
Insuffisance veineuse	1	5	
LOCALISATION			
Membres inférieurs	16	80	
Membres supérieurs	1	5	
Pelvis	3	15	
ASPECT INITIAL			
Erythème	1	5	
Plaie	10	50	
Bulles	1	5	
Nécrose	4	20	
Purulent	4	20	
AINS	0	0	
Traitement Traditionnel	1	5	
Automédication	0	0	
MEDECIN TRAITANT	13	65	
PRESCRIPTIONS MT			
AINS	0	0	
Antibiothérapie	6	60	
Urgences	6	30	
Traitement local	1	5	
Aucune	7	35	
PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE			
IGS2			23,6
CRP			226
SERVICE			
SMPU	1	5	
Chirurgie orthopédique	12	60	
Réanimation	7	35	
ANTIBIOTHERAPIE 1	20	100	
Pénicilline G	4	20	
Claforan	1	5	
Augmentin	5	35	
Amoxicilline	2	10	

Tazocilline	8	40	
VOIE ADMINISTRATION			
IV	20	100	
ANTIBIOTHERAPIE 2	19	95	
Amoxiciline	1	5,3	
Dalacine	13	68,3	
Oflocet	1	5,3	
Flagyl	2	10,5	
Gentamycine	2	10,5	
VOIE ADMINISTRATION			
IV	18	94,7	
Orale	1	5,3	
BACTERIOLOGIE			
Hémocultures	2	10	
Prélèvement local	5	25	
Hémocultures et Prélèvement local	13	65	
Aucune	0	0	
BACTERIE 1			
SAMS	4	20	
SAMR	2	10	
STREPTO A	5	25	
STREPTO B	1	5	
BGN	5	25	
Aucune	3	15	
Polymicrobien	10	50	
CHIRURGIE	19	95	
Mise à plat	3	15,8	
Excision large	14	73,7	
Autre	2	10	
IMAGERIE	13	65	
TDM	13	65	
Caisson Hyperbare	8	40	
COMPLICATIONS LOCALES	10	50	
Nécrose	10	50	
TVP	0		
Abcès	0		
COMPLICATIONS GENERALES	11	55	
Choc septique	5	25	
Décompensation de tares	6	30	
Amputation	2	10	
Décès	1	5	
DUREE D'HOPITALISATION (j)			37,9

Guide Local d'antibiothérapie



INFECTIONS URINAIRES

A	CYSTITE SIMPLE de la FEMME < 65 ans non COMPLIQUEE		
	> Traitement minute	Monuril : 1 sachet	
	ou	Bactrim forte : 3 cp	
	ou	Oflocet : 400 mg	
B	CYSTITE de la FEMME avec COMORBIDITE		
		Noroxine* : 400 mg x 2/	5j
		Oflocet : 200 mg x 2/	5j
C	PYELONEPHRITE		
	> Non compliquée	Céfotaxime : 1g x 3/j	10j
	ou	Ceftriaxone : 1g/j	10j
	ou	Oflocet : 200 mg x 2/	7j
	> Compliquée	Céfotaxime : 1g x 3/j	
	ou	Ceftriaxone : 1g/j	
	ou	Oflocet : 200 mg x 2/	21j
	+	Aminoside	72h
D	PROSTATITE		
	> Aiguë	Oflocet : 200 mg x 2/	
	ou	Céfotaxime : 1g x 3/j	4s
	+	Aminoside	5j
	> Chronique	Oflocet 200 mg x 2/	
	ou	Bactrim forte : 1 cp x 2/	12s
E	INFECTION URINAIRE NOSOCOMIALE		
		Ticarpen : 5g x 3/j	
	ou	Pipéracilline/tazobactam (pyoficar®) : 4g x 3/	
	+	Aminoside	

INFECTIONS CUTANÉES VERIFIER LA PROTECTION ANTITETANIQUE

A	ERYSIPELE		
		PénicG : 12 millions en continu	10j
		Pyostacine : 1g x 3/	10j
		Amoxicilline : 1g x 3/	10j
B	DERMOHYPODERMITE cervico faciale ou atteinte d'un membre		
	+	Pénicilline G : 12 à 15 millions ou PSE	
		Dalacine : 600 mg x 4/	15j
C	DERMOHYPODERMITE abdomen ou périnée		
		Pipéracilline/tazobactam : 4 g x 3 /j	15j
	+	Flagyl : 500 mg x 3/	
	+/-	Amikacine	
D	STAPHYLOCOCCIE MALIGNNE de la FACE		
	+	Bristopen : 100 mg/kg/j	
	ou	Fosfomycine : 4g x 3/	15j
		Gentamicine : 5 mg/kg/j	3j
E	CELLULITE de la FACE d'origine dentaire		
	ou	Augmentin : 50 mg/kg/	
		Dalacine : 600 mg x 3/	15j
F	MORSURE ANIMALE ou GRIFFURE		
	ou	Augmentin : 1g x 3/	
		Doxycycline : 200 mg/j	5j
G	ANTRAX		
	ou	Bristopen : 50 mg/kg/j iv	
		Pyostacine : 1g x 3/	7j

AUTEUR : LEFRANCQ MARINE

Date de Soutenance : 04 Juillet 2017

Titre de la Thèse : Epidémiologie et facteurs de gravités des dermohypodermites au centre Hospitalier Territorial de Nouvelle Calédonie

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Doctorat de Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Résumé :

Titre : Epidémiologie et facteurs de gravité des dermohypodermites au Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle Calédonie.

Contexte : Les DHAB sont un motif d'hospitalisation récurrent en nouvelle Calédonie. L'objectif principal de notre étude était de réaliser la description épidémiologique et clinique de la population atteinte d'abcès, de DHABNN et DHABN. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer la gravité des pathologies décrites.

Matériels et méthodes : Etude quantitative, prospective réalisée entre mai et novembre 2015. Les patients adultes hospitalisés pour abcès, DHABNN et DHABN étaient inclus.

Résultats : 204 patients inclus dont 69 abcès, 115 DHABNN et 20 DHABN. L'ethnie mélanésienne était majoritaire (64%). Sex ratio de 2.3. L'IMC moyen était de 28. Les lésions étaient principalement localisées aux membres inférieurs.

Les abcès étaient jeunes (37 ans), mélanésiens et présentaient peu de comorbidités (8.6%).

Les patients atteints de DHABNN avaient en moyenne 52.7 ans, IMC à 31 et des comorbidités dans 54% des cas. Les DHABN avaient en moyenne 54 ans, IMC à 28.5 et des comorbidités dans 50% des cas.

Les germes plus fréquemment retrouvés étaient le SGA et SA. 94% de SAMS dans le sous-groupe abcès. 62% des DHABNN n'étaient pas documentées sur le plan bactériologique. Les DHABN étaient pour 50% polymicrobiennes. On note 2 cas d'infections à SAMR et 1 cas SA PVL +.

Le taux de complication était faible dans le sous-groupe abcès (11.5%), 51% dans le sous-groupe DHABNN et 100% dans le sous-groupe DHABN. Le taux de mortalité observé était nul pour les abcès, 1.7% pour les DHABNN et 5% pour les DHABN.

Conclusion : Les DHAB sont un motif fréquent d'hospitalisation avec une prévalence observée de 151/100000 habitants. Les mélanésiens étaient surreprésentés. La bactériologie était classique. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et appropriée sont nécessaires à leur évolution favorable.

Mots Clés : Dermohypodermite aigue bactérienne, épidémiologie, streptocoque A, staphylocoque aureus.

Composition du Jury :

Président : Pr E.DELAPORTE

Assesseurs : Pr C. BERKHOUT, Pr E.SENNEVILLE, Dr C.CAZORLA.