



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE  
DE CHIRURGIE**

**Décembre 2025, Volume 8  
N°4, Page 291 - 500**

# **Journal Africain de Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**Journal Africain de Chirurgie**  
**Service de Chirurgie Générale**  
**CHU Le DANTEC**  
**B.P. 3001, Avenue Pasteur**  
**Dakar-Sénégal**  
**Tél. : +221.33.822.37.21**  
**Email : jafchir@gmail.com**  
\*\*\*\*\*

#### **COMITE DE LECTURE**

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**  
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**  
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**  
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**  
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**  
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**  
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**  
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**  
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**  
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**  
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**  
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**  
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**  
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**  
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**  
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**  
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**  
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**  
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

#### **COMITE SCIENTIFIQUE**

Mourad Adala (**Tunisie**)  
Momar Codé Ba (**Sénégal**)  
Cécile Brigand (**France**)  
Amadou Gabriel Ciss(**Sénégal**)  
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)  
Antoine Doui (**Centrafrique**)  
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)  
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)  
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)  
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)  
Babacar Diao (**Sénégal**)  
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)  
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)  
David Dosseh (**Togo**)  
Arthur Essomba (**Cameroun**)  
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)  
Alexandre Hallode (**Bénin**)  
Yacoubou Harouna (**Niger**)  
Ousmane Ka (**Sénégal**)  
Omar Kane (**Sénégal**)  
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)  
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)  
Fabrice Muscari (**France**)  
Assane Ndiaye (**Sénégal**)  
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)  
Gabriel Ngom (**Sénégal**)  
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)  
Choua Ouchemi(**Tchad**)  
Fabien Reche (**France**)  
Rachid Sani (**Niger**)  
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)  
Zimogo Sanogo (**Mali**)  
Adama Sanou (**Burkina Faso**)  
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)  
Adegne Pierre Togo (**Mali**)  
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)  
Maurice Zida (**Burkina Faso**)  
Frank Zinzindouhoue (**France**)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE**  
**DE CHIRURGIE**

# **Journal Africain** **de Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**ISSN 2712 - 651X**  
**Décembre, Volume 8,**  
**N°4, Pages 291 - 500**

#### **COMITE DE REDACTION**

**Directeur de Publication**

**Pr. Madieng DIENG**

Email : madiengd@hotmail.com

**Rédacteur en Chef**

**Pr. Ahmadou DEM**

Email : adeh-dem@gmail.com

**Rédacteurs en Chef Adjoints**

**Pr. Alpha Oumar TOURE**

Email : alphaoumartoure@gmail.com

**Pr. Mamadou SECK**

Email : seckmad@gmail.com

**Pr. Abdoul Aziz DIOUF**

Email : dioufziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :  
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques  
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

**EPIDEMIOLOGIE, TERRAIN DE PREDILECTION ET PROFIL  
BACTERIOLOGIQUE DES DERMO-HYPODERMITES BACTERIENNES DE  
MEMBRES AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DEDOUGOU**

**EPIDEMIOLOGY, PREDILECTION AND BACTERIOLOGICAL PROFILE OF  
BACTERIAL DERMOMYODERMATITIS OF LIMBS AT THE DEDOUGOU  
REGIONAL HOSPITAL CENTER**

**SOME IB<sup>\*1</sup>, OUANGRE A<sup>2</sup>, DABIRE MN<sup>3</sup>, TIAHO Y<sup>4</sup>, OUEDRAOGO S<sup>6</sup>, DIALLO  
M<sup>6</sup>, DAKOURE WHP<sup>6</sup>.**

<sup>1</sup> Service de Chirurgie, Centre Hospitalier Régional de Dédougou, Burkina-Faso

<sup>2</sup> Service de Chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina-Faso

<sup>3</sup> Service de Chirurgie, Hôpital Saint Camille, Ouagadougou, Burkina-Faso

<sup>4</sup> Service de Médecine Physique et Réadaptation, Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo, Burkina-Faso

<sup>6</sup> Service d'Orthopédie-Traumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Sourô-Sanou de Bobo-Dioulasso, Burkina-Faso

**Auteur correspondant :** Ignin Blaise SOME ; Email : igniblaise@gmail.com /  
ib\_som@yahoo.fr ; Téléphone : 0022666510910/0022670780333

Centre Hospitalier Régional de Dédougou : BP : 61, Tel : 20520222, Fax : 20520214

---

## Résumé

Les infections de la peau et des tissus mous sont parmi les motifs les plus fréquents de consultation. Les dermo-hypodermes bactériennes (DHDB) constituent des infections bactériennes cutanées du derme et de l'hypoderme et sont responsables d'une mortalité élevée et de lourdes séquelles à long terme. **But :** Nous nous proposons d'étudier les aspects épidémiocliniques et le profil bactériologique de ces infections au centre hospitalier régional de Dédougou. **Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude longitudinale à collecte rétrospective sur 3 ans. Les données socio-professionnelle, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutive des patients ont

été recueillies et analysées. **Résultats :** 86 patients présentant une DHDB de membres ont été colligés dont 47 femmes et 39 hommes. L'âge moyen était de 56,4 ans. La couche rurale était la plus touchée (86%) ; 67,4% avaient une comorbidité et le diabète était prédominant. La porte d'entrée était représentée par les lésions traumatiques négligées dans 43,1%. Les lésions étaient localisées préférentiellement au membre pelvien (80,2%) et étaient dominées par les DHDB nécrosantes (55,8%). Le *Staphylococcus aureus* était majoritaire (47,7%) suivi du *Streptocoque A beta-hémolytique* (36,4%). Le prélèvement était polymicrobien dans 16,3% des cas. Cinq

cas (6%) de décès étaient notés.

**Conclusion :** Les DHDB dominées par les formes nécrosantes, touchent beaucoup plus la population rurale dans notre région. Des actions de sensibilisation sur les risques liés aux plaies traumatiques du membre pelvien et leur prise en charge précoce pourraient diminuer le nombre de ces infections dans notre contrée.

**Mots clés :** dermo-hypodermite, bactérienne, membre

### **Abstract**

*Skin and soft tissue infections are among the most common reasons for consultation. Bacterial dermohypodermatitis (BDHD) constitutes bacterial skin infections of the dermis and hypodermis and is responsible for high mortality and serious long-term sequelae. **Purpose:** We intend to study the epidemiological-clinical aspects and the bacteriological profile of these infections at the Dédougou regional hospital center. **Patients and methods:** This was a longitudinal study with retrospective collection over 3 years. The patients' socio-*

*professional, clinical, para-clinical, therapeutic and developmental data were collected and analyzed. **Results:** 86 patients with BDHD of the limbs were collected, including 47 women and 39 men. The average age was 56.4 years. The rural layer was the most affected (86%). 67.4% had comorbidity and diabetes was predominant. The entry point was due to neglected traumatic injuries in 43.1%. The lesions were preferentially located in the lower limb (80.2%) and were dominated by necrotizing BDHD (55.8%). Staphylococcus aureus was dominant (47.7%) followed by Streptococcus A beta-hemolytic (36.4%). The sample was polymicrobial in 16.3% of cases. Five cases (6%) of death were noted. **Conclusion:** BDHD, dominated by necrotizing forms, affects the rural population much more in our region. Awareness-raising actions on the risks linked to traumatic wounds of the lower limb and their early treatment could reduce the number of these infections in our region.*

**Keys words:** dermohypodermatitis, bacterial, limb

## **INTRODUCTION**

Les infections de la peau et des tissus mous sont parmi les motifs les plus fréquents de consultation, avec environ 8,4 millions de consultations en 2015 aux États-Unis [1]. Les dermo-hypodermes bactériennes (DHDB) constituent des infections bactériennes cutanées du derme et de l'hypoderme [2]. Elles sont responsables d'une mortalité élevée et de lourdes séquelles à long terme [3]. Il existe trois formes de dermo-hypodermes que sont la forme non nécrosante encore appelée érysipèle, la forme nécrosante sans fasciite nécrosante et la fasciite nécrosante [4]. Le streptocoque A beta-hémolytique est très souvent responsable de l'infection qui également peut être poly microbienne [2]. Plusieurs études ont été réalisées sur les infections cutanées en Afrique. Chmali [5] au Maroc, retrouvait le diabète comme l'état pathologique le plus fréquemment associé aux DHDB. Diédhiou et al [4], dans leur série, notait une prédominance féminine des DHDB à Dakar avec un âge moyen de 57,2 ans. Pitché et al [6], dans une étude multicentrique, sur les facteurs de risques associés à l'érysipèle de jambe en Afrique Subsaharienne, ont identifié l'obésité, le lymphœdème et la dépigmentation volontaire comme principaux facteurs de risques associés. Dans la région de la boucle du Mouhoun, aucune donnée n'existe

encore sur ces infections qui sont couramment rentrées dans notre pratique quotidienne.

Nous nous proposons d'étudier les aspects épidémio-cliniques et le profil bactériologique de ces infections au centre hospitalier régional (CHR) de Dédougou.

## **PATIENTS ET METHODES**

Il s'est agi d'une étude longitudinale à collecte rétrospective. Tous les patients ayant consulté et pris en charge au CHR de Dédougou pour une DHDB de membre ont été inclus. Le CHR de Dédougou est une structure sanitaire de deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Il est le centre de référence régionale. A ce titre certains malades graves y sont référés des structures de santé primaire pour leur prise en charge. Le service de chirurgie dispose d'un bloc opératoire comprenant deux salles d'intervention dont une, est réservée à la chirurgie septique. Les salles d'hospitalisations, au nombre de 6, sont catégorisées en fonction du sexe et une salle est réservée aux pathologies potentiellement septiques. Il dispose également d'un laboratoire ayant une unité de bactériologie. L'étude a couvert la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2023. Les données socio-professionnelles, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et

évolutives de chaque patient ont été colligées sur une fiche d'enquête anonyme. Les données collectées ont été saisies et traitées par le logiciel d'analyse EPI DATA 3.1. Les statistiques descriptives des différentes données ont été analysées.

## RESULTATS

### *Fréquence et données socio-démographiques*

Sur la période d'étude de 3 ans, 5123 patients ont été admis en hospitalisation parmi lesquels 86 patients (0,16%)

présentaient une DHDB de membres. Il y avait 47 femmes et 39 hommes soit un sex-ratio de 0,8. L'âge moyen était de 56,4 ans avec des extrêmes de 14 ans et de 78 ans. La tranche d'âge comprise entre 55 et 65 ans (39 cas), représentait 45,3% de l'échantillon et 3 patients (3,5%) avaient moins de 15 ans. La couche rurale était concernée dans 74 cas (86%) dont 38 ménagères (44%) et 36 cultivateurs (42%). Les tableaux I et II résument les paramètres socio-démographiques des patients.

**Tableau I : répartition des patients par tranche d'âge (N=86)**

|              | Effectif  | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| [0-15[       | 3         | 3,5         |
| [15-25[      | 11        | 12,8        |
| [25-35[      | 7         | 8,1         |
| [35-45[      | 18        | 21          |
| [45-55[      | 16        | 18,6        |
| [55-65[      | 23        | 26,7        |
| [65-75[      | 3         | 3,5         |
| [75-85[      | 5         | 5,8         |
| <b>Total</b> | <b>86</b> | <b>100</b>  |

**Tableau II : répartition des patients selon la profession (N=86)**

|                | Effectif  | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| Ménagère       | 38        | 44          |
| Cultivateur    | 36        | 42          |
| Elève/Etudiant | 6         | 7           |
| Fonctionnaire  | 3         | 3,5         |
| Eleveur        | 2         | 2,3         |
| Orpailleur     | 1         | 1,2         |
| <b>Total</b>   | <b>86</b> | <b>100</b>  |

*Données cliniques*

Le délai moyen d'admission (délai entre le début des symptômes et la consultation au CHR de Dédougou) était de 20 jours avec des extrêmes de 3 jours et de 39 jours. Cinquante-huit patients (67,4%) avaient

une comorbidité à l'admission. On notait 3 cas de grossesses (6,4% des femmes) dont une était compliquée de mort fœtale in utero. Le tableau III résume les différentes comorbidités à l'admission.

**Tableau III : répartition des patients selon les comorbidités (N=56)**

|                             | Effectif  | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Diabète                     | 21        | 36,2        |
| Hyper créatininémie         | 15        | 25,9        |
| Hypertension artérielle     | 11        | 19          |
| VIH                         | 9         | 15,5        |
| Thrombose veineuse profonde | 2         | 3,4         |
| <b>Total</b>                | <b>58</b> | <b>100</b>  |

Une porte d'entrée était retrouvée chez 51 patients (59,3%). Il s'agissait de lésions traumatiques négligées chez 27 patients (53%), de piqures par des objets pointus chez 13 patients (21,6%), d'intertrigos du pied chez 8 patients (15,7%) et de lésions bulleuses chez 4 patients (7,8%).

La fièvre était présente à l'admission chez 53 patients (61,6%) avec une température axillaire moyenne de 38,1°C avec des extrêmes de 36,5°C et de 40,1°C. Trente-huit patients, (44,2%) avaient un sepsis sévère. Sur le plan biologique, 60 patients (69,8%) présentaient une anémie et 34 patients (39,5%) ont bénéficié d'une transfusion sanguine. Le taux d'hémoglobine moyen était de 10,13 g/dl

avec des extrêmes de 4,5 g/dl et de 15,6 g/dl. Une hyperleucocytose était retrouvée chez 58 patients (55,8%) et le taux moyen de globules blancs était de 18474 GB/ml avec des extrêmes de 1910 GB/ml et de 55710 GB/ml. La lésion était une DHDB nécrosante chez 48 patients (55,8%) et un érysipèle chez 38 patients (44,2%). Les lésions étaient localisées au membre pelvien chez 69 patients (80,2%) des patients et la cuisse était atteinte dans 30 cas (28,3%). Le tableau IV résume la localisation des lésions sur les segments de membres.

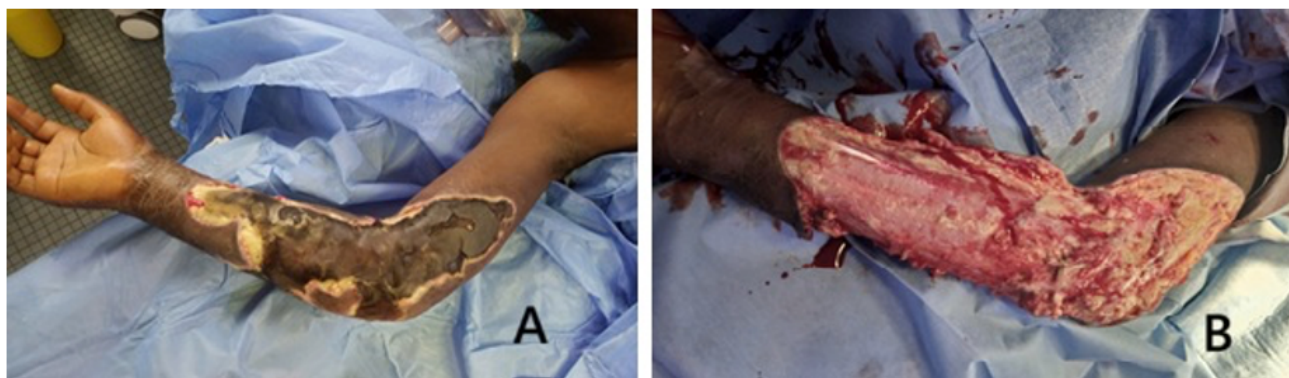
**Tableau IV** : répartition des lésions selon leur siège

|              | Effectif   | Pourcentage |
|--------------|------------|-------------|
| Bras         | 16         | 15,1        |
| Avant-bras   | 14         | 13,2        |
| Main         | 5          | 4,7         |
| Cuisse       | 30         | 28,3        |
| Genou        | 5          | 4,7         |
| Jambe        | 25         | 23,6        |
| Pied         | 11         | 10,4        |
| <b>Total</b> | <b>106</b> | <b>100</b>  |

*Données thérapeutiques et évolutives*

Tous les patients atteints de DHDB nécrosantes ont été admis au bloc dans un

délai moyen de 13,8 heures avec des extrêmes de 3 heures et de 96 heures. Les patients atteints d'érysipèle ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste faite d'amoxicilline plus acide clavulanique, 1 gramme trois fois par jour associé à la gentamycine 160 milligrammes par jour. Les différents gestes réalisés au bloc étaient la nécrosectomie associée à un lavage chirurgical des plaies et 2 cas d'amputations de jambe pour une surinfection gangréneuse. La figure 1 illustre un cas de prise en charge chirurgicale d'une DHDB nécrosante du membre thoracique droit.



**Figure 1** : patiente de 34 ans, admise en octobre 2022 pour une DHDBN du membre thoracique droit (image A). Elle a bénéficié d'une nécrosectomie au bloc opératoire (image B).

La durée moyenne des interventions était de 46,2 minutes avec des extrêmes de 17 minutes et de 90 minutes. Huit patients (9,3%) ont bénéficié secondairement d'une greffe de peau et 40 patients (46,5%) d'une cicatrisation dirigée. Une antibiothérapie

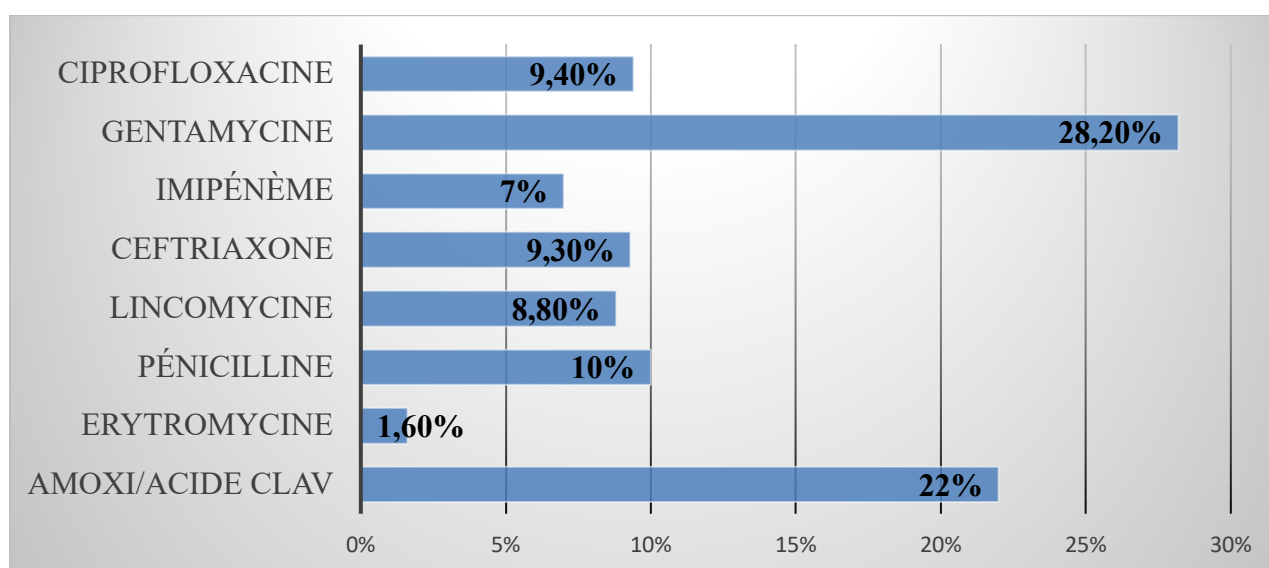
probabiliste faite d'amoxicilline plus d'acide clavulanique injectable, 1 gramme 3 fois par jour, a été administrée à tous les patients dès l'admission. Un prélèvement per opératoire a été réalisé chez 45 patients (57%). Il s'agissait de prélèvements de pus



dans 37 cas (82,3%) et de tissu dans 8 cas (17,7%). Une hémoculture a été réalisée chez 4 patients (4,6%). Un antibiogramme a été réalisé sur tous les prélèvements (N=49). Il était positif dans 36 cas (73,5%), polymicrobien dans 8 cas (16,3%) et négatif dans 5 cas (10,2%). Six souches de germes ont été isolées. Il s'agissait de *Staphylococcus aureus* (47,7%), du *Streptocoque A beta-hémolytique* (36,4%),

d'*Escherichia coli* (6,8%), de *Pseudomonas aeruginosa* (4,5%), de *Proteus mirabilis* (2,3%) et d'*Enterobacter cloacae* (2,3%). Ces germes étaient sensibles à plusieurs types d'antibiotiques et la gentamicine était la molécule la plus efficace contre différentes souches.

La figure 2 illustre la sensibilité des germes aux différentes classes d'antibiotiques.



Amoxi/Acide CLAV = Amoxicilline/Acide clavulanique

**Figure 2 :** répartition des germes selon leur sensibilité aux antibiotiques

Tous les patients ont été hospitalisés. Le délai moyen de séjour hospitalier était de 12 jours avec des extrêmes de 5 jours et de 67 jours. Vingt-cinq patients (29%) sont sortis contre avis médical et cinq patients (6%) sont décédés suite à un choc septique. Avec recul moyen de 8,6 mois ; la guérison a été obtenue chez 41 patients (74,5%) et de séquelles étaient notées chez 14 patients (25,5%). Il s'agissait de 8 cicatrices

disgracieuses, de 5 raideurs articulaires et de d'un cas de syndrome de membre fantôme douloureuse.

## DISCUSSION

### Fréquence et données socio-démographiques

L'incidence annuelle des DHDB est variable selon les pays. À partir de différentes études épidémiologiques, elle

est estimée à 0,16/100 000 à Atlanta, à 4/100 000 en Norvège [2] et de 4,7% de la prévalence hospitalière dans la série de Diédhiou à Dakar [4]. Elles représentaient 0,16% des hospitalisations dans notre série. L'âge moyen était de 56,4 ans dans notre série. Il est similaire aux données de la littérature [2, 7]. L'âge moyen de survenu de la DHDB en Europe est généralement plus élevé par rapport à celui observé en Afrique noire [8]. Le jeune âge africain serait lié à la pratique précoce de la dépigmentation cosmétique volontaire par la gent féminine [6], qui était majoritaire dans notre série. Cette prédominance féminine est notée dans plusieurs séries [4, 6, 9]. Cependant une prédominance masculine a été décrite par Alok Anshu et al. [10] en Inde. Notre échantillon était caractérisé par une majorité de la population rurale (86%) dont des ménagères (46%) et des cultivateurs (42%). L'insuffisance des moyens de protection individuelle (marche à pieds nus, art vestimentaire léger) en zone rurale, expose au risque de blessures traumatiques et de pique par des objets pointus.

#### *Données cliniques*

Les plaies traumatiques non ou mal traitées et les piqures par des objets pointus sont les principaux facteurs de risques locaux retrouvés dans notre série. La paupérisation des populations rurales et la sous-

médicalisation des services de santé en milieu rural retardent les soins primaires de ces blessures et exposent au risque de surinfection. Ces blessures cutanées sont en majorité les portes d'entrée du germe dans plusieurs séries [2,6]. Pour Zürcher et al. [7], l'impétigo, la dermatophytie interdigito-plantaire et l'ulcération chronique sont facteurs de risque de récurrence des DHDB. Quatre cas (7,8%) de lésions bulleuses étaient retrouvés comme porte d'entrée dans notre étude. Ces lésions bulleuses notamment la varicelle, sont les principales portes d'entrée chez l'enfant [11, 9]. Cependant les DHDB sont des infections rarement rencontrées chez l'enfant [9] ; 3,5% dans notre série.

Les comorbidités associées à ces infections dans notre étude étaient dominées par le diabète (24,4%), l'insuffisance rénale (17,4%), l'hypertension artérielle (12,8%) et l'infection à VIH (10,5%). Ces comorbidités sont notées dans plusieurs séries africaines et européennes [1, 4, 7, 11]. Pitché et al [6] retrouvait l'obésité, les pratiques de la dépigmentation cosmétique volontaire et le lymphœdème, comme principaux états pathologique associés à l'érysipèle de jambe en Afrique Subsaharienne et l'infection à VIH n'était pas un facteur de risque associé. Trois cas de grossesses (6,4% des femmes) étaient notés dans notre étude dont une était compliquée de mort fœtale in utero. Les

DHDB constituent des infections graves au cours de la grossesse pouvant mettre en jeu le pronostic materno-fœtal du fait de leur sévérité et leurs complications obstétricales [12].

Le délai moyen d'admission au CHR était de 20 jours. Le recours initial à la médecine traditionnelle, fréquemment rencontré en Afrique [13], la vétusté du trafic routier et l'insécurité grandissante dans la région, expliquent ce long délai d'admission des patients.

Le diagnostic des DHDB est essentiellement clinique et aucun examen complémentaire n'est indispensable [14]. Les lésions étaient localisées préférentiellement au membre pelvien (80,2%) et la cuisse était le segment le plus touché (28,3%). Ce constat est fait par Diédhiou et al [4], qui notaient une localisation aux membres pelviens dans 94,3%. Le membre inférieur étant un membre portant, subi des microtraumatismes répétés lors de la marche et est exposé beaucoup plus au risque de lésions traumatiques, sources de porte d'entrée des germes. Les lésions étaient dominées par les DHDB nécrosantes (55,8%) contre 44,2% de formes non nécrosantes. La prédominance des formes nécrosantes peut être expliquée par la manifestation clinique bruyante de ces lésions qui conduisent le plus souvent les patients à consulter. En outre, face aux

plages de nécroses, le niveau périphérique du fait de leur plateau technique peu outillé, évacue systématiquement ces patients au niveau du CHR. L'érysipèle quant à lui est prise en charge couramment dans nos structures de premier niveau. Sur le plan microbiologique, du fait de leur manque de sensibilité ou de leur positivité tardive, l'intérêt des examens bactériologiques est plus d'ordre épidémiologique que diagnostique [14]. Dans une étude américaine rétrospective incluant 757 patients, seulement 2 % des hémocultures ont identifié un pathogène cliniquement significatif [1]. Dans notre série, l'antibiogramme était positif dans 73,5% des cas, il était polymicrobien dans 16,3% et le *Staphylococcus aureus* (47,7%), Streptocoque A beta-hémolytique (36,4%) étaient les germes les plus retrouvés. Le fort taux de positivité des échantillons dans notre série et la prédominance de *Staphylococcus aureus*, peuvent être liés aux mauvaises conditions d'hygiène hospitalière, la saturation des salles d'hospitalisations, la mauvaise conservation et les mauvaises conditions de transport des échantillons au laboratoire. Tous ces facteurs augmentent le risque de contamination des échantillons biologiques. Le Streptocoque A beta-hémolytique reste le germe le plus retrouvé dans les DHDB [1, 6, 7]. Le caractère poly microbien est décrit dans plusieurs études [1, 7, 14]. Pour

Zürcher et al [7], les souches de staphylocoques dorés, y compris les souches résistant à la méthicilline, ou des bacilles aérobies Gram négatifs, tels que notés dans notre série, peuvent être retrouvés essentiellement chez les immunodéprimés ou en cas de bactériémie.

#### *Données thérapeutiques et évolutives*

Compte tenu de la nette prédominance des bactéries Gram positif dans la pathogenèse des infections de la peau et des tissus mous, les bêtalactamines avec activité contre les streptocoques et le staphylocoque doré devraient constituer le pilier du traitement antibiotique. Une antibiothérapie probabiliste faite de l'amoxicilline plus l'acide clavulanique injectable, 1 gramme 3 fois par jour, a été notre protocole thérapeutique à l'admission. Ce protocole a été utilisé par Zürcher [7], en Suisse. Pour Diédhiou et al [4], la pénicilline G reste la molécule de première intention. La prophylaxie antibiotique à la phénoxy méthyl-pénicilline per os, à long terme est une option de prise en charge bénéfique dans les formes récidivantes [7]. Tous les patients ont été hospitalisés dans

notre série. Les critères d'hospitalisation décrits da la littérature [1], sont le sepsis ou état de choc septique, l'immunosuppression, les comorbidités, la malabsorption digestive et l'échec d'un traitement ambulatoire. Ces critères étaient retrouvés seuls ou en association dans notre série. Six pour cent (6%) de décès secondaire à un choc septique ont été notés. Ce taux est similaire celui de Diédhiou et al [4], qui était de 7,7% et inférieur à celui d'Alok et al [10], qui était de 20%. Ce taux est de l'ordre de 30% dans la littérature [2]. Cependant il a été clairement établi que la précocité du geste chirurgical augmente le taux survie [14].

#### **CONCLUSION**

Les DHDB, dominées par les formes nécrosantes, touchent beaucoup plus la population rurale dans notre région. Des actions de sensibilisation sur les risques liés aux plaies traumatiques du membre pelvien et leur prise en charge précoce pourraient diminuer le nombre de ces infections dans notre contrée.

## REFERENCES

1. Eleftheria K, Paraskevas F, Loïc L, Truong-thanh P, Caroline S, Laurence TT, Matteo M, Benedikt H. Rubor, calor, dolor, tumor : infections de la peau et des tissus mous. *Rev Med Suisse* 2020 ; 16 : 732-38
2. Chosidow O, Bourgault-Villada I. Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. *Rénimation* 2001 ; 10 : 276-81
3. Urbina T, Hua C, Sbidian E, Ingen-Housz-Oro S, Duong T.A, Wolkenstein P, et al. Urgences dermatologiques en réanimation: infections nécrosantes de la peau et des parties molles et toxidermies graves. *Méd. Intensive Réa* 2018 ; 27 :461-74
4. Diédhiou D, Lèye MMM, Touré M, Boiro D, Sow D, Lèye YM,et al. Dermohypodermes bactériennes à Dakar. Rétrospective de 194 cas suivis en médecine interne à la clinique Médiccale II. *Rev. Cames Santé* 2013 ; 1(1) : 31-35
5. Chmali k, Nasri M, Elidrissi M, Elibrahimi A, Elmrini A. La dermohypodermite bactérienne nécrosante des membres : (à propos de 10 cas). *Rev Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique* 2018 ; 74 : 22-26
6. Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané BF, Sanagré A, Niamba P et al. Facteurs de risque associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoin. *Ann Dermatol Venereol* 2015 ; 142 : 633-38.
7. Zürcher S, Toutous Trelu L. Erysipèle et dermohypodermite récidivants : prise en charge. *Rev Med Suisse* 2015 ; 11 : 759-62
8. Sissoko M, Keita L, Diakite M, Dao AK, Guindo H, Conare I, Faye O. Erysipèle de jambe du nourrisson : Une observation dans l'unité dermatologie de l'hôpital régional de Gao (mali). *Rev Mali Infect Microbiol* 2019 ; 13 :15-17
9. Cissé M, Keïta M, Touré A, Camara A, Macet L, Lrette G, et al. Dermohypodermite bactérienne : une étude rétrospective monocentrique de 244 cas en Guinée. *Ann Dermatol Venereol* 2007 ; 134 (10) : 748-51
10. Alok A, Surjeet D, Murali M, Harsha MP. Necrotising soft tissue infection in the present era: an analysis of clinicopathological features and predictors of mortality. *Surgery in Practice and Science* 2023; 13:
11. Musette P, Benichou J, Noblesse I, Hellot MF, Carvalho P et al. Determinants of severity for superficial cellulitis (erysipelas) of the leg: a retrospective study. *European Journal of Internal Medicine* 2004; 15: 446- 450.
12. Dioussé P, Diatta BA, Thiam M, Touré K, Berthe A, Dione H, et al. Les dermohypodermes bactériennes associées à la grossesse: à propos de 43 cas. *Rafmi* 2017 ; 4 (1-2) : 10-12
13. OMS, Bureau Régional pour l'Afrique, Promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé : stratégie de la Région Africaine, Harare (Zimbabwe), 2001.
14. Bilton BD, Zibari GB, McMillan RW, Aultman DF, Dunn G, McDonald JC. Aggressive surgical management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality. A retrospective study. *Am Surg* 1998 ; 64 : 397-400