


MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but - Une foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 – 2015N°...../

THÈSE

ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE DE L'ÉRYSIPELE EN CONSULTATION DERMATOLOGIQUE AU CNAM (EX INSTITUT MARCHOUX)

Présentée et soutenue publiquement le 10/06/2015
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

M. Abdoulaye KANOUTE

Pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine
(Diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT: *Pr Soukalo Dao*

Co- DIRECTEUR: *Dr Adama A Dicko*

JURY: *Dr Karim Coulibaly*

DIRECTEUR: *Pr Ousmane Faye*

Dédicace :

A Allah le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux qui m'a permis de réaliser ce travail.

Au Prophète Mahomet paix et salut sur lui.

A mon Père: homme ordinaire, courageux, très respectueux.

Père si je suis arrivé à ce niveau aujourd'hui, c'est parce que votre enseignement a été pour moi un rempart solide.

J'espère être à la hauteur de tes ambitions et ne j'aimais te décevoir.

Amen !!!

A ma Mère: femme de ménage, je ne saurais oublier tes moments de souffrance, de peine que tu as consentie pour nous.

Je vous dis merci pour votre amour, ce travail est la vôtre.

Qu'Allah le tout puissant vous accorde santé et longue vie.

A mes Frère et Sœurs: Dramane, Youssouf, Mahamadou, Maimouna, Sada, Diarietou, Adama et Mahamadou Cissé.

A ma Femme Lamata Kanouté et mes Fils: Yaya et Abdoul Aziz.

A la Famille N'Diaye et Coulibaly de Kayes, votre hospitalité et votre soutien m'ont été d'un grand appui.

Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

A AESM (association des étudiants soninké du Mali) et AERK (association des étudiants ressortissant de Kayes) pour leurs collaborations.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Tous les enseignants de la Faculté de Médecine pour la qualité de l'enseignement dispensé,

La direction du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM),

Tout le personnel du Service de Dermatologie du CNAM

Mes maîtres de stage : **Pr Somita Keita, Pr Ousmane Faye, Dr Karim Coulibaly, Dr Adama Dicko, Dr Pierre Traoré et Dr Siritio Berthé** : pour leur amabilité et leur disponibilité. Ce fut une immense fierté pour moi de compter parmi vos élèves.

Les médecins candidats du DES de dermatologie.

Mes camarades thésards du service pour leur collaboration, leur esprit de bonne camaraderie qui a marqué nos relations pendant ces quelques années.

Les infirmiers du Service de Dermatologie pour leur franche collaboration.

Le personnel de l'ASACOSEK et ASACOSEKASI pour toute la confiance portée en ma personne.

Le Dr Boubacar Younoussou Maiga médecin généraliste au DRS (direction régionale de la santé).

Hommage aux membres du jury

A notre maître et Président du jury, Professeur Soukalo DAO

- Professeur de maladies infectieuses a la FMOS.
- Chef de service des maladies infectieuses.
- Chef Département d'Etude et de Recherche (DER) de Médecine et Spécialité Médicales.
- Directeur Adjoint du centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH(Serefo).
- Président SOMAPIT (Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale).

Cher maître,

Nous sommes honorés de votre présence parmi nos juges.

Nous avons été marqués par votre grandeur d'âme, votre disponibilité constante sans oublier vos qualités de scientifique remarquable.

Soyez assuré, cher maître de notre profonde gratitude.

A Notre Maitre et membre du jury, Docteur Karim Coulibaly

- Colonel Major et spécialiste en Dermato-lepro-vénérologie au Centre National D'Appui à la lutte contre la Maladie,
- Diplôme de pathologie et de santé en pays tropicaux

Cher Maitre

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse. Vos qualités humaines et sociales ; surtout votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et votre sens élevé de la responsabilité on beaucoup attiré notre attention.

Veillez recevoir ici toute notre reconnaissance.

A Notre Maître et membre du jury, Docteur Adama DICKO

- Spécialiste en dermato-lepro-vénérologie
- Maître-assistant à la FMPOS en service au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM)

Cher Maître,

Nous sommes fiers de vous compter parmi nos juges.

Votre disponibilité et votre abord facile nous ont tout de suite mis en confiance.

Votre dévouement et votre dynamisme font de vous un maître exemplaire,

Veillez recevoir cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A Notre Maître et directeur de thèse, professeur Ousmane FAYE

- Maître de conférences à la FMOS,
- Spécialiste en dermato-lepro-vénérologie et en anatomopathologie dermatologique.
- Chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
- PH. D en santé publique et science de l'information biomédicale de l'université Pierre et Marie Curie.

Cher Maître,

Vous nous avez donné l'amour de la dermatologie, à travers votre rigueur et votre ardeur au travail, votre esprit de recherche scientifique, et de perfection, nous ont tout aussi impressionnés.

Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux.

Votre rigueur de la démarche scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour du travail bien fait font de vous un exemple à envier et à Suivre.

Merci de nous avoir assistés de façon constante et dévoué durant toute la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

1. Introduction :.....	1-2
2. Objectifs :.....	3
3. Généralités :.....	4-16
4. Méthodologie :.....	17-18
5. Résultats :.....	19-25
6. Commentaire et discussion :.....	26-30
7. Conclusion et recommandation:.....	31
8. Références bibliographiques :	32-33

Annexe :- fiche signalétique

- **Fiche d'enquête**
- **Serment d'Hippocrate**

Abréviations :

JDE : jonction dermo-épidermique

CMH : complexe majeur d'histocompatibilité

SPE : streptococcal pyrogen exotoxin, pyrogène streptococcique exotoxine

PH : potentiel hydrogène

DHB : dermohypodermite bactérienne

MUI : million unité internationale

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

°C : degré Celsius

TA : tension artérielle

1- Introduction :

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë bactérienne focale non nécrosante due au streptocoque β -hémolytique du groupe A, atteignant dans 80% des cas le membre inférieur (1). Dermatose infectieuse fréquente en milieu dermatologique, c'est une urgence médicale et parfois chirurgicale. C'est une maladie grave, de part ses complications qui peuvent être létales ou le cas échéant exposées le patient à des séquelles invalidantes compromettant la fonction du membre et la qualité de vie du sujet.

Cliniquement il s'agit d'une grosse jambe rouge aiguë et fébrile de survenue brutale toujours précédée de fièvre, frissons, interprétés à tort comme un paludisme ou une morsure de serpent. De fait le malade reçoit des antipaludéens qui n'y font rien ce qui retarde la prise en charge. L'apparition dans un second temps de la grosse jambe chaude, douloureuse et donc inflammatoire justifie pour les agents de santé non qualifiés la prescription d'un anti inflammatoire non stéroïdien qui est soupçonné d'aggraver le tableau clinique et favoriser la progression vers une nécrose profonde grave imposant le geste chirurgical. La colonisation focale de la peau est favorisée par l'existence d'une porte d'entrée : intertrigo, plaie négligée, ulcère de jambe, mal perforant plantaire.... (2).

L'obésité, le manque d'hygiène, l'immunodépression, plus récemment l'usage des dermocosmétiques dépigmentant et toute les causes de stase veino-lymphatique y participent également.

De nombreux travaux ont été réalisés en Afrique sur les aspects cliniques et les facteurs de risque épidémiologiques des dermohypodermites bactériennes.

Cependant, il faut noter que le lien de causalité entre la maladie et ces facteurs de risque n'a jamais été évalué au plan statistique.

Le but de ce travail est d'étudier le lien de causalité entre l'érysipèle et les facteurs de risque classiques. Cette grande diversité des facteurs de risque impose une enquête étiologique rigoureuse tant dans la prise en charge des cas que dans la prévention des récurrences potentielles.

.

2- Objectifs:

2-1. Objectif General:

- Etudier les principaux facteurs de risque de survenue de dermohypodermite bactérienne non nécrosante.

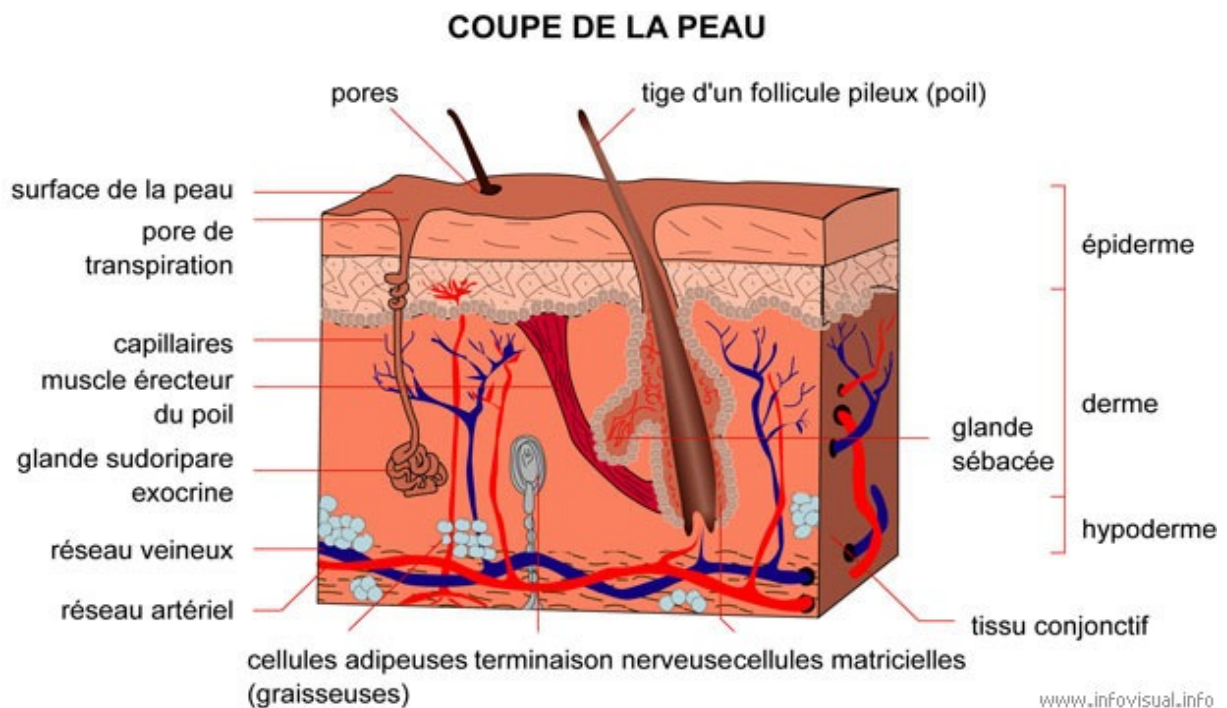
2-2. Objectifs spécifiques:

- Décrire les caractéristiques générales des cas et des témoins.
Déterminer la fréquence des facteurs de risque.
- Evaluer le lien de causalité entre les principaux facteurs identifiés et la maladie.

3- Généralités :

3-1 Rappel sur la peau : structure et fonction

La peau, encore appelée organe du toucher, est une enveloppe souple qui protège notre organisme vis à vis du milieu ambiant. C'est le plus étendu organe du corps humain: son poids représente 15% du poids total du corps et sa superficie moyenne est de 1,50-1,75 m². Son épaisseur varie de 5 mm au niveau des paumes et plantes à 2 mm au niveau du pénis.



La peau comprend essentiellement 3 couches de l'extérieur vers l'intérieur :

- l'épiderme
- le derme
- l'hypoderme ou tissu sous cutané.

A cela il faut ajouter les annexes de la peau que sont : les poils et cheveux, les ongles, les glandes sudorales et sébacées, le système vasculo-nerveux et lymphatique.

La peau est un organe aux fonctions multiples que sont la protection (contre les micro-organismes, la chaleur, le soleil...), la thermorégulation (régulation de la température du corps), la sécrétion (sueur, sébum) l'absorption (médicaments) et la synthèse (vitamine D).

3-1-1. L'épiderme:

C'est un épithélium de revêtement, stratifié, pavimenteux et orthokératosique. Il est normalement constitué de 4 assises cellulaires comportant entre autre, **les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules immunocompétentes et les cellules de Merkel.**

Les kératinocytes représentent 80% de l'ensemble des cellules.

3-1-1-1. Kératinocytes:

- **La couche basale ou assise germinatrice (stratum germinatum) :**

Elle assure le renouvellement des autres couches de l'épiderme est formée de l'ensemble des kératinocytes directement en contact avec la jonction dermo-épidermique (JDE) sur laquelle ils s'accrochent. Ils forment une seule assise de cellules cylindriques, relativement claires, au cytoplasme et au noyau allongés avec un grand axe perpendiculaire à la jonction dermo-épidermique.

- **La couche épineuse :**

Les kératinocytes qui migrent de la couche basale deviennent polygonaux, tandis que leur noyau s'arrondit et leur cytoplasme devient plus foncé, ceci donne un aspect épineux à ces kératinocytes. Les

épines correspondent aux desmosomes qui accrochent les kératinocytes entre eux.

➤ **La couche granuleuse :**

Ici, le cytoplasme et le noyau s'aplatissent. Leur grand axe devient parallèle à la jonction dermo-épidermique. Ces cellules contiennent des granulations basophiles dans leur cytoplasme d'où l'aspect de couche granuleuse.

➤ **La couche cornée :**

Elle est faite de cellules mortes, ayant perdu leur noyau.

Elles sont intercalées entre les mélanocytes.

L'ongle et le poil sont en fait une émanation de la couche cornée.

3-1-1-2. Les mélanocytes :

Leurs fonction est la synthèse de mélanine qui donne à notre peau sa coloration et la protège de l'effet nocif du rayonnement solaire.

3-1-1-3. Les cellules de Langerhans:

Ce sont des cellules dendritiques, la fonction des cellules de Langerhans est de capturer les exoantigènes par la voie des endosomes, de les apprêter et de les réexprimer en surface avec les molécules de classe II du complexe majeure histocompatibilité. En microscopie optique après fixation et coloration standard, les cellules de Langerhans apparaissent comme des cellules claires, à noyau encoché, situées le plus souvent au niveau de la couche granuleuse de l'épiderme.

3-1-1-4. Les cellules de Merkel :

Ce sont des mécanorécepteurs et participent à la sensibilité. L'épiderme n'est pas vascularisé, il effectue ses échanges avec le derme qui lui est vascularisé. Normalement, la migration d'un kératinocytes à travers l'épiderme se fait en 3 semaines; ce processus qui part de la cellule basale à la cellule cornée est appelé: turn-over ou renouvellement épidermique.

3-2. La jonction dermo-épidermique :

Elle apparaît sous forme d'une ligne ondulée entre les kératinocytes de la basale et le derme en microscopie optique.

3-3. Le derme :

C'est un tissu conjonctif, richement vascularisé et innervés. Ils ont pour origine le mésoblaste intra-embryonnaire.

L'épaisseur moyenne du derme est de 1 à 2mm. Il est particulièrement fin au niveau des paupières et du prépuce (0,6mm); en revanche, il est très épais au niveau des paumes et des plantes (**3mm**).

Le derme comporte deux régions dont seule la première a une individualité histophysiologique:

–la zone superficielle entre les crêtes épidermiques ou "derme papillaire" formée de tissu conjonctif lâche renferme tout d'abord des fibres collagènes, fines, isolées et orientées le plus souvent perpendiculairement ou obliquement par rapport au plan de la membrane basale et l'arborisation terminale du réseau élastique, mais aussi les anses capillaires terminales et les terminaisons nerveuses,

–la zone plus profonde ou "derme réticulaire" est formée d'un tissu conjonctif dense où les fibres collagène sont plus épaisses en faisceaux et les fibres élastiques s'entrecroisent dans toutes les

directions dans des plans grossièrement parallèles à la surface cutanée. Le derme réticulaire contient aussi de petites artérioles et veinules, des petits nerfs, des follicules pilo-sébacés (sauf au niveau des paumes et des plantes) et les canaux excréteurs des glandes sudorales.

3-4.L'hypoderme:

Elle est constituée de lobes eux-mêmes subdivisés en petits lobules graisseux séparés par des septums inter lobulaires conjonctivo-élastiques, servant de passage aux vaisseaux et nerfs destinés au derme. L'abondance du tissu adipeux varie avec les habitudes alimentaires, mais aussi les régions du corps et le sexe: chez l'homme, il se situe préférentiellement en position abdominale, alors que chez la femme, il est prédominant sous la ceinture, au niveau des hanches, des cuisses, des fesses ou de la partie basse de l'abdomen.

Cette subdivision du derme et de l'hypoderme en plusieurs régions n'est pas artificielle. Elle correspond à différents phénomènes physiologiques et physiopathologiques eux-mêmes sous-tendus par la vascularisation très systématisée de la peau.

3-5. Les annexes :

Il s'agit essentiellement des phanères (poils, cheveux et ongles) et des glandes (sudorales et sébacées).

3-5-1. Les phanères:

Les poils et cheveux sont des filaments de kératine qui prennent naissance dans le follicule pileux situé dans le derme et qui font saillie à la surface de la peau. Les poils comportent deux annexes : la glande sébacée et le muscle arrecteur du poil.

Les ongles sont des lames cornées rectangulaires et convexes situées aux faces dorsales des extrémités digitales.

3-5-2. Glandes :

-Les glandes sudorales:

Sécrètent la sueur.

-Les glandes sébacées:

Sont en majorité annexées aux poils. Elles synthétisent le sébum, produit riche en graisse qui sert à lubrifier le poil. Elles sont sous la dépendance des hormones sexuelles.

3-2.Erysipèle:

3-2-1. Définition: L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne non nécrosante due au streptocoque β -hémolytique du groupe A et atteignant dans 80% des cas le membre inférieur.

3-2-2. Intérêt:

- Fréquence : Il s'agit d'une maladie fréquente ; c'est complications constituées la première cause d'hospitalisation dans le service de dermatologie du centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)(données non publiées).
- Gravité : c'est une urgence médicochirurgicale ; les pertes de substances importantes et la douleur occasionnée par la maladie sont à l'origine d'une impotence fonctionnelle. Ces lésions peuvent être le point de départ d'un choc septique pouvant emporter le malade.

- Préjudice fonctionnel : en raison de la limitation des mouvements du membre en rapport avec la douleur et les cicatrices rétractiles.
- Préjudice esthétique : en raison de la persistance de lésions cicatricielles.

3-2-3. Epidémiologie:

L'érysipèle est une pathologie survenant généralement chez l'adulte de plus de 40 ans. L'âge moyen de survenue serait de 60 ans, et 85 % des cas sont localisés au niveau des membres inférieurs (3). L'incidence de l'érysipèle est estimée entre 10 et 100 cas pour 100 000 habitants par an (3)

3-2-4. Physiopathologie:

Sa physiopathologie demeure peu connue. Il s'agit d'une toxi infection bactérienne avec une faible densité de germes. ***Streptococcus Pyogènes*** possède de nombreux facteurs de virulence comme des exoenzymes et des exotoxines variées (toxine érythrogène, exotoxine pyrogène streptococcique). Ces toxines sont responsables de l'éruption mais aussi du choc toxique. Elles se comportent comme des super antigènes provoquant une cascade de réactions inflammatoires. L'hypothèse d'une hypersensibilité au ***Streptococcus pyogènes*** n'est pas démontrée (4)

3-2-5 Type de description : Erysipèle de la jambe chez une jeune femme de 35 ans.

Le début est souvent brutal presque toujours confondu avec un paludisme dans notre contexte. Ce qui fait que la plupart des malades reçoivent au début un traitement anti-palustre.

- Signes fonctionnels :

La douleur représente le maître symptôme à laquelle s'associent des nausées, parfois des vomissements et des céphalées.

- Les signes généraux:

Ils sont dominés par la fièvre élevée, 39-40°C associée à des frissons.

- Signes physiques:

Au plan clinique, on observe un placard inflammatoire, érythémateux parfois bulleux ou purpurique, œdémateux, douloureux et chaud avec une bordure périphérique nette et une extension centrifuge associée à une adénopathie satellite sensible dans 46% des cas et une lymphangite dans 26% des cas.

- Signes biologiques :

- Hémogramme: hyperleucocytoses à polynucléaires neutrophiles, augmentation de la vitesse de sédimentation.
- L'évolution se fait vers la guérison au bout de 10-15 jours, le cas échéant vers une fasciite nécrosante lorsqu'un traitement anti inflammatoire est administré.

3-2-6. Autre forme clinique :

3-2-6-1. Formes topographiques :

- Erysipèle du visage : s'accompagne d'une plaque érythémateuse, œdémateuse et inflammatoire, bien limitée en périphérie par un bourrelet. Les lésions sont parfois bilatérales en aile de papillon.

-Erysipèle du bras

-Erysipèle de l'ombilic

(Erysipèle Thérapeutique Dermatologique :)

3-2-6-2. Formes graves :

C'est la fasciite nécrosante : C'est une urgence médico-chirurgicale.

Au début le malade est agité ou au contraire prostré, le membre atteint est froid, livide et très douloureux.

3-2-7 DIAGNOSTIC :

3-2-7-1. Diagnostic positif : il est basé sur l'interrogatoire et la clinique.

a) Anamnèse :

Il faut préciser: la date de début et les modalités évolutives (début brutal ou insidieux, extension rapide ou lente...), la précession par des prodromes (frissons, fièvre...), les antécédents chirurgicaux du membre concerné, les antécédents récents d'une pathologie du pied ou de la jambe (prurit inter-orteil...), la notion d'œdème chronique d'origine veineuse ou lymphatique, les traitements déjà instaurés (antibiotiques ou traitements topiques), la notion de morsure ou de piqûre, l'existence de maladies associées (diabète, HTA, insuffisance veineuse, artériopathie des membres inférieurs, éthylisme chronique...).

b) L'examen clinique:

Signes subjectifs: sensation de brûlure locale, tension douloureuse, prurit...

Il doit rechercher le siège uni ou bilatéral des lésions, la nature des lésions cutanées, la présence d'un œdème associé.

L'examen clinique doit rechercher impérativement des lésions de nécrose superficielle ou profonde, une porte d'entrée éventuelle

(intertrigo, traumatisme, eczéma aigue...), des signes neurologiques (trouble de la sensibilité), des signes d'insuffisance veineuse chronique, les pouls périphériques pédieux et tibial postérieur, des signes locorégionaux (lymphangite, adénopathies inguinale inflammatoire homolatérale...), des signes généraux (hyperthermie, altération de l'état général, signes de bas débit périphérique évoquant un sepsis sévère...). Des signes de gravité doivent être recherchés car leur présence présage un mauvais pronostic.

Il s'agit :

Hyperthermie

Syndrome confusionnel

Tachypnée

Tachycardie

Oligurie

Hypotension

Pâleur

c) Signes locaux

Douleur résistante aux antalgiques simples

Œdème majeur

Bulles hémorragiques

Signes de nécroses cutanées (superficielles ou profondes)

Troubles de la sensibilité

Présence d'emphysème sous cutané

Autres facteurs

Comorbidités : diabète, obésité...

Contexte social: précarité...

3-2-7-2. Diagnostic étiologique :

L'érysipèle est une maladie infectieuse due au streptocoque β -hémolytique du groupe A.

3-2-7-3. Diagnostic différentiel :

L'anamnèse et les signes cliniques doivent faire écarter les affections suivantes:

- les thrombophlébites :

Dans les thrombophlébites l'atteinte est le plus souvent unilatérale (jambe gauche). Le signe de Homans est positif.

- dermites de stase :

Le caractère évolutif chronique, absence d'inflammation, d'adénopathie.

- La maladie de kaposi :

On observe des plaques et nodules angiomateux fermes avec une tuméfaction indurée du membre, un aspect cartonné. L'évolution est chronique, sans fièvre.

-La filariose lymphatique :

C'est une tuméfaction œdémateuse avec des épisodes de lymphangite, l'évolution est chronique, chez des sujets vivant en zone d'endémie.

- Ulcère de BURULI :

Débute surtout par un nodule indolore qui s'ulcère par la suite.

(Erysipèle La Revue du Praticien)

3-2-8 Traitement:

a) **But** : le traitement a pour but de :

- Stériliser le foyer infectieux
- Eviter la complication
- Eviter les récives

Pour cela on dispose de moyens suivants : médicaux, chirurgicaux et généraux.

b) Moyens :

b1) Moyens médicaux :

-Les antibiotiques :

- **Amoxicilline:** gélules 500mg, suspension 125mg; 250mg et injectable flacon de 500mg, 1g voie intraveineuse: 25-50mg/kg de poids par jour.
- **La pénicillineG:** (12 à 20 millions d'UI par 24 heures en perfusion continue ou 3 à 5 millions d'UI toutes 6 heures).
- **Pristinamycine:** 500mg à 3g par jour.
- **Benzathine pénicilline:** 2,4MUI chaque 15 jour pendant 3 à 6 mois en intra musculaire chez l'adulte et 1,2MUI chez l'enfant.

-Les antalgiques :

- **Paracétamol:** 60mg/kg/jour sans dépasser 6g par jour, à administrer chaque 6 heures. **Contre-indication:** hypersensibilité, insuffisance hépatique. **Effets secondaires:** toxicité hépatique.
- **Les dérivés morphiniques:** Le tramadol cp 50mg et injectable 100mg intraveineuse ou intramusculaire.

-Les antiseptiques : polyvidone iodée, Chlorhexidine à 1%, permanganate de potassium dilué au 1/10000^{ème}.

b3) Moyens chirurgicaux : consistent à l'ablation des tissus nécrosés: c'est la phase de détersion. Des greffes de peau sont nécessaires pour accélérer la guérison des ulcérations de grande taille.

b4) Moyen généraux :

- Information, éducation et communication : éviter la sédentarité, une bonne hygiène de vie, éviter l'automédication.
- Repos au lit, jambe en position déclive.

c) Indications :

-Dermohypodermite non nécrosante non compliquée :

Repos : traitement ambulatoire

Antiseptiques : traitement de la porte d'entrée

Antibiotiques : amoxicilline 500mg

Antalgiques : paracétamol 500mg

-Dermohypodermite nécrosante :

Hospitalisation :

Antibiotique : Amoxicilline/Acide clavulanique + Métronidazole et/ou Gentamycine puis Pénicilline /Gentamycine + Métronidazole relais par voie orale.

Antiseptiques :

Excisions des tissus nécrosés

-dermohypodermite bactérienne récidivante : Benzathine pénicilline 2,4MUI chez l'adulte et 1,2MUI chez l'enfant en injection intramusculaire chaque 15jours pendant 3 à 6 mois.

3-2-9. Prévention

• Prévention Primaire

La prise en charge adaptée de la stase veineuse et lymphatique et le traitement des intertrigos sont recommandés dans la population générale.

• Prévention Secondaire

Les récurrences sont les complications de l'érysipèle les plus fréquentes et surviennent chez environ 20 % des malades. Elles sont favorisées par la persistance ou la récurrence des facteurs ayant favorisé le 1er épisode.

La prévention des récurrences est donc indispensable à mettre en œuvre dès le 1er épisode d'érysipèle.

Elle repose sur :

- l'identification et le traitement efficace de la porte d'entrée
- la prise en charge au long cours d'un lymphœdème ou d'un œdème de cause veineuse par contention et/ou drainage lymphatique manuel une antibiothérapie préventive des récurrences est nécessaire chez les malades ayant déjà eu plusieurs récurrences ou chez qui les facteurs de risque sont difficilement contrôlables, et doit être prolongée car son effet n'est que suspensif. L'utilisation de la benzathine pénicilline (2,4MUI toutes les 2 à

3 semaines en IM) peut être garant d'une meilleure observance qu'une prise bihebdomadaire per os de pénicilline V (2 à 4 MUI/j). En cas d'allergies aux β -lactames, l'antibioprophylaxie alternative fait appel à un macrolide per os (5).

4. METHODOLOGIE:

4-1 Cadre de l'étude:

Notre étude s'est déroulée dans le service de dermato-vénéréologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), ex Institut Marchoux.

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST), né de la rétrocession de l'institut Marchoux en 1998. Son domaine d'activité couvre la recherche sur les maladies endémo-épidémiques, la recherche vaccinale, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et affection dermatologique, l'appui aux programmes de lutte, la formation continue et l'enseignement. Il est situé en commune IV du district de Bamako précisément dans le quartier de djicoroni-para.

Les services techniques du CNAM sont répartis entre trois départements: Département Clinique, Département Formation, Département appui aux Programmes. Le département clinique comporte les services suivants: Léprologie-Animalerie Expérimentale, Dermatologie-Vénéréologie, Biologie, Chirurgie-réhabilitation.

4-2 Type d'étude et durée:

Nous avons mené une étude cas/témoins sur les cas de dermohypodermite bactérienne non nécrosante consultant dans le service dermatologique du 01 Février 2012 au 31janvier 2013 (1 ans).

4-3 Lieu d'étude:

L'étude a lieu dans le service de Dermatologie du CNAM qui représente le seul centre de référence dermatologique de la capitale du Mali (Bamako).

Ce service comporte 36 lits d'hospitalisation, 11 médecins trois infirmiers et effectue en moyenne 30000 consultations par an.

4-4 Population d'étude:

Elle est représentée par les malades consultants du service de dermatologie-vénérologie du CNAM.

4-5 Inclusion des malades:

- Critères d'inclusion:

➤ **Cas:**

Tout malade consentant reçu en consultation dermatologique quel que soit l'âge ou le sexe, pour dermohypodermite bactérienne non nécrosante, le diagnostic reposait sur la clinique.

➤ **Témoins:**

Tout patient consentant reçu en consultation dermatologique pour une affection autre qu'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante.

-Critères de non inclusion:

➤ **Cas:**

- Le patient non consentant
- Les cas compliqués de fasciite nécrosante

➤ **Témoin:**

- Le patient non consentant
- Le patient dont l'âge ne lui permet pas d'être apparié à un cas

-Recrutement des cas et des témoins:

Tout patient proposé à l'inclusion était examiné sur le plan dermatologique et général, le diagnostic d'érysipèle était retenu devant une tuméfaction œdémateuse aigue fébrile, touchant un membre ou une région cutanée donnée. A chaque cas était apparié 2 témoins selon le sexe et l'âge (+/- 5 ans) à l'âge du cas.

4-6 Taille de l'échantillon: nous avons prévu d'inclure tous les cas de dermohypodermite bactérienne non nécrosante sur une période d'un ans Février 2012-Fevrier 2013.

3-7 Analyse des données: l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi info version 6 français.

5. Résultats :

Durant la période d'étude, 124 malades ont consulté pour dermohypodermite bactérienne, parmi lesquelles nous avons colligés 97 cas d'érysipèle. A chaque cas, ont été appariés 2 témoins, soit 194 malades.

Tableau I: répartition de l'échantillon selon l'âge N= 2ans-84ans

Age	Cas(97)	Témoins(194)
Moins de 5ans	3	1
5-15ans	5	11
16-25ans	15	53
26-50 ans	47	84
Plus de 50 ans	27	45

La tranche d'âge 26-50ans était le plus représenté dans les deux groupes (**Cas 48% et témoin 43%**)

- L'âge moyen était de 41 ans pour des extrêmes de 10-84 ans chez les cas, contre une moyenne de 38 ans et des extrêmes de 15-83 ans pour les témoins

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Cas (n=97)	Témoin (n=194)	Odds ratio
Féminin	63	127	0,99(057-1,74)
Masculin	34(35%)	67(34%)	1,04

P=0,96

La proportion des sujets de sexe masculin était de 35% chez les cas et 34% chez les témoins

Tableau III : répartition de l'échantillon selon la profession

profession	Cas (97)	Témoins (194)
Enfant non scolarisé	4	1
Elève/étudiant	13	41
commerçant	20	17
cultivateur	6	13
Ouvrier	17	16
ménagère	37	72
fonctionnaire	0	34

La ménagère est la plus représentée de façon générale.

-L'enfant non scolarisé à 8 fois plus de risque de développer l'érysipèle.

-Les commerçants et les ouvriers ont deux fois plus de risque de développer l'érysipèle.

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon les facteurs généraux :

Facteurs généraux	Cas (n=97)	Témoin (n=197)	Odds ratio	p
Obésité	35	37	2,4(1,34-4,30	0,002
Diabète	3	16	0,3(0,08 - 1,38)	0,12
Tabagisme	5	6	1,7	0,65
Ethylisme	2	1	4,06	0,05
Hypertension artérielle	17	18	1,07	0,05

-L'obésité et l'éthylisme augmentent respectivement de deux et quatre fois le risque de survenue de la maladie.

-Le tabagisme, l'HTA et le diabète ne constituent pas des facteurs de risque de la maladie.

Tableau V: Répartition de l'échantillon selon l'IMC

IMC	Cas	Témoin	Odds ratio
>25 et < 30	16	45	0,71
≥30	35	37	2,3

Le risque d'érysipèle est deux fois plus élevé chez les sujets ayant un IMC ≥ 30 comparativement aux autres.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon la présence de facteurs locaux:

Facteurs locaux	Cas (n=97)	Témoin (n=194)	Odds ratio	p
Dépigmentation	19	25	1,65 (0,81-3,62)	0,18
Œdème	71	8	63(25-14)	<10⁻⁶
Porte d'entrée	91	101	14(5,56-37)	<10⁻⁶
Intertrigo	44	36	3,6(2-6,4)	<10⁻⁶
Eczéma	21	40	1(0,5-2)	0,95
Varice	4	1	8(0,8-197)	0,04
Traumatisme	47	1	181	<10⁻⁶

-Un œdème des membres inférieurs augmente le risque de survenue de l'érysipèle de 63 fois.

-Un traumatisme local augmente de 181 fois le risque de survenue de l'érysipèle.

-Une porte d'entrée quelconque augmente de 14 fois le risque de survenue de la maladie.

Tableau VII :répartition selon Le siège de l'érysipèle

localisation	Effectifs	Pourcentage
Jambe gauche	33	34,0
Jambedroite	50	51,5
Les deuxjambes	7	7,2
Bras	6	6,2
visage	1	1,0
Total	97	100,0

L'érysipèle était localisé à la jambe droite dans 51,5% des cas.

Tableau VIII : Répartition des cas selon l'intensité de la douleur chez les cas

Intensité de la douleur	Effectifs	Pourcentage
1	3	3,1
2	6	6,2
3	4	4,1
4	7	7,2
5	16	16,5
6	8	8,2
7	14	14,4
8	20	20,6
9	13	13,4
10	6	6,2
Total	97	100,0

Des douleurs fortes ont été retrouvées chez 40% des cas.

Tableau IX : Répartition de l'échantillon selon la température

Température	Effectifs	Pourcentage
Température normale	50	51,5
Fièvre	47	48,5
Total	97	100,0

47 patients présentaient de la fièvre soit 48,5% chez nos cas.

Tableau X : Répartition de l'échantillon selon l'existence de frissons

Frissons	Effectifs	Pourcentage
Oui	78	80,4
non	19	19,6
Total	97	100,0

Les frissons étaient présentes chez 78 patients soit 80,4% des cas.

Tableau XI : Répartition de l'échantillon selon la présence d'adénopathie

adénopathie	Effectifs	Pourcentage
oui	71	73,2
non	26	26,8
Total	97	100,0

Une adénopathie satellite était présente chez 71 patients soit 73,2% des cas.

Tableau XII : répartition de l'échantillon selon la prise d'AINS

Prise AINS	Effectifs	Pourcentage
Oui	56	57,7
non	41	42,3
Total	97	100,0

La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien a été observée chez 57,7% de nos cas.

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation de Cataplasme

cataplasme	Effectifs	Pourcentage
Oui	38	39,2
Non	59	60,8
Total	97	100,0

Le cataplasme a été utilisé chez 39,2% de nos cas.

Iconographie



Figure:1 Erysipèle sur dépigmentation
(Photo : Pr FAYE)



Figure: 2 Erysipèle sur traumatisme
(Photo :Pr FAYE)



Figure : 3
Erysipèle sur eczéma aigue
(Photo Pr : FAYE)



Figure : 4
Erysipèle sur traumatisme
(Photo Pr FAYE)

6. Commentaires et discussion :

6-1. Discussion méthodologique : Nous avons réalisé une étude cas-témoins pendant un an, sur les facteurs de risques de survenue des dermo-hypodermites bactériennes non nécrosante, au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie. Le diagnostic de l'érysipèle était basé sur les données de l'anamnèse et de la clinique qui étaient consignées sur une fiche de recueil (**voir annexe**). Pour éviter le biais de recrutement nous avons effectué l'appariement de chaque cas à deux témoins de plus ou moins 5 ans d'âge, et de même sexe. Ainsi les cas et les témoins ne différaient que par la seule présence de la maladie. Les cas et les témoins ont bénéficié d'un examen général et dermatologique, les données recueillies ont été consignées sur une fiche de recueil et analysées sur le logiciel Epi info version 6 français.

6-2. Discussion des données :

-Répartition de l'échantillon selon le sexe :

Parmi les **cas**, le sexe féminin était le plus représenté avec 63% (62/97) avec un ratio H/F de 1,7. Cette prédominance du sexe féminin a été rapportée par des travaux antérieurs à savoir **Coulibaly (série malienne) (5)** avec 68%, une série africaine (6), et brésilienne (7) avec respectivement 71% et 54%. Toutefois deux séries européennes (2,8) rapportent une prédominance du sexe masculin dans respectivement 58% et 71%.

Par ailleurs, Notre échantillon était homogène, la distribution des cas et des témoins selon le sexe est similaire ($P=0,98$).

-Répartition de l'échantillon selon l'âge :

L'âge moyen de notre série était de 37 ans l'âge moyen chez les cas est de 41 ans et les témoins de 38 ans ce qui confirme une fois de plus le caractère homogène de la série, les témoins ont donc le même âge que les cas cela pour éviter un biais dans le recrutement. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 26 à 50 ans, ce qui représente la population la plus active, plus exposées aux microtraumatismes qui sont des portes d'entrée potentielles, cette prédominance de l'atteinte de la population active a été rapportée par d'autres auteurs (5, 6).

-Répartition de l'échantillon selon la profession :

Dans notre série la ménagère était la plus représentée avec 39,5% (49/97) ce qui en rapport avec les données de **Coulibaly** avec 73,7% de ménagère. La ménagère de part ses activités quotidiennes serait plus exposées à certaines affections comme les intertrigosinter-orteils, qui représentent une part importante des portes d'entrée potentielles des germes.

-Répartition de l'échantillon selon les facteurs généraux :

Dans notre série l'obésité augmentait de deux fois le risque de survenue de l'érysipèle, des données similaires ont été rapportées par d'autres auteurs (2,68). L'autre facteur général retrouvé était l'éthylisme (odds ratio=4), par contre DUPUY et BJORNSDOTTIR ne retiennent pas ce facteur comme étant des risque de survenue de la maladie, PICARD (9) considère cependant l'éthylisme comme un facteur de risque de gravité de la maladie entraînant fréquemment l'abscedation des lésions. Les disparités entre notre série et les travaux de Dupuy et Bjornstodir peuvent s'expliquer par les particularités liées d'une part à la méthodologie adoptée notamment l'étude islandaise porte uniquement

sur les patients hospitalisés d'âge supérieur à 15 ans, d'autre part au spécificitésculturelles notamment les habitudes courantes de prise d'alcool dans les sociétés occidentales, alors que sous nos cioux cette prise est souvent soit dissimulée soit occasionnelle, ainsi l'éthylisme est retrouvé chez une faible proportion de patients, toutefois le lien avec la survenue de l'érysipèle pourrait s'expliquer par l'état d'ébriété qui expose aux traumatismes multiples elles même représentant des porte d'entrées potentielles des germes responsables de la maladie.

Dans notre série, le tabac, le diabète, l'hypertension artérielle, n'augmentaient pas le risque de développer un érysipèle, des données similaires ont été rapportées par DUPUY, BJORNSTODIR, (8)

-Répartition de l'échantillon selon les facteurs locaux:

Dans notre série, l'œdème des membres (**odd ratio=64**) la présence de varices (**odd ratio=8**), d'une porte d'entrée surtout de nature traumatique ont constitué les principaux facteurs de risque de survenue de l'érysipèle, selon **DUPUY et BJORNSTODIR** l'œdème des membres inferieur augmente respectivement de 71 fois(8) et de 3 fois. Cette fréquence particulière de la maladie chez les patients présentant un œdème local chronique peut s'expliquer par les troubles circulatoires ainsi générés, la distension des tissus du fait de la tuméfaction source de fragilité cutané.

Une porte d'entrée quel qu'en soit la nature représente un facteur de risque évident d'érysipèle, il peut s'agir d'un traumatisme (Odd ratio=181), d'un intertrigo inter orteil (odd ratio=21)

-Selon l'identification d'une porte d'entrée :

Dans notre série la présence d'une porte d'entrée augmente de 21 fois le risque de développer un érysipèle, lorsqu'il s'agit d'un traumatisme ou d'un intertrigo inter orteil ce risque est respectivement de 181 fois et de 3 fois de même **BJORNSTODIR** en Islande rapporte un risque accru de développer la maladie de cinq fois lorsqu'il y a un intertrigo, **PITCHE** au Togo retrouve (6) une porte d'entrée chez 67% des cas d'érysipèle avec une prédominance des intertrigos inter orteil, de même **Coulibaly**(5) retrouve une porte d'entrée chez 84,2% des patients.

Dans notre contexte, la fréquence de ce facteur peut s'expliquer par l'encrage de certaines pratiques tel que le port de chaussures fermées, les toilettes répétitives (ablutions)

Les microtraumatismes, souvent négligés représentent donc le plus gros risque de développer un érysipèle.

-Répartition selon le siège de l'érysipèle :

Dans notre série les membres inférieurs étaient les plus touchés 94%, la jambe droite seule dans 51% des cas (50/97) suivi du membre supérieur et du visage, **DUPUY** rapporte aussi une atteinte prédominante au membre inférieur droit avec 51%, **Coulibaly**(5) rapporte une atteinte exclusive des membres inférieurs dans son étude. Cette fréquence élevée prédominante de l'atteinte des membres inférieurs a déjà été rapportée par plusieurs auteurs. (10,11,12), elle peut s'expliquer par certains facteurs tel que la fréquence des lésions inter orteils qui sont une porte d'entrée potentielles aux germes responsables d'érysipèle, en outre les membres inférieurs paraissent plus exposés aux traumatismes souvent négligés. Ces membres sont également plus sujets à certaines affections telles que les insuffisances veineuses, les lymphœdèmes qui

sont reconnus comme des facteurs favorisant de l'érysipèle par plusieurs auteurs (13, 9, 14)

-Répartition de l'échantillon selon les lésions : les lésions purpuriques étaient les plus fréquentes 59,7% suivit des bulles 15%, des lésions nécrotiques chez 20% des cas, ces données sont en rapport avec ceux de PITCHE où les placards érythémateux étaient prédominants.

-L'adénopathie : une adénopathie a été retrouvée chez 75% de nos cas, par contre PITCHE rapporte la présence de l'adénopathie chez moins de la moitié de ses patients (48%). Cette disparité peut s'expliquer par le stade évolutif de la maladie au moment de la consultation.

L'adénopathie a été déjà décrite dans la littérature (12) comme associée à l'érysipèle au stade aigue.

-Les signes fonctionnels : Dans notre série, des douleurs de forte intensité, selon l'échelle visuelle analogique ont été rapportées chez 54% des cas (53/97), les frissons ont été rapportés chez 80,4% de nos cas (78/97). Ces signes témoignent d'une part de la sévérité du tableau clinique chez nos cas, d'autre part du caractère aigue du tableau.

7. Conclusion :

Ce travail révèle que l'érysipèle touche surtout les sujets de sexe féminin, avec comme principaux facteurs de risques l'obésité, la sédentarité, l'œdème de stase, l'intertrigo inter orteil et l'existence d'une porte d'entrée quelque soit la cause (plaie, mal perforant, ulcère, dermatose).

8- RECOMMANDATIONS:

Aux autorités sanitaires:

- **Assurer la formation des dermatologues**
- **Formation des agents de santé périphériques à la prise en charge des maladies de peau courantes**

Aux Dermatologues:

- **Il faut assurer l'éducation information communication sur les facteurs de risque de survenue de l'érysipèle**

- **A la population:**
 - Hygiène corporelle rigoureuse et prise en charge adéquate des microtraumatismes.**
 - Proscrire les produits dépigmentant.**

9-Références Bibliographiques

1. Cattarala J, Roson B, Fernandez-sabé N et al. Factors associated for infection cellulitis. Eur J clin microbiol infect dis 2003 ; 22 :151-7
2. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P, Vaillant, Chosidow O et al. *Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study.* BMJ. 1999 2012;318(7198):1591-4
3. Chistman D et al. Erysipèle et fasciteneurosante : prise en charge. Ann dermatolvenereol 2000 ; 127(12) :1118-1137
4. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge : Conférence de consensus Organisée par la Société Française de Dermatologie et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, janvier 2000 Ann DermatolVenereol 2005; 132:7S38-7S43
5. COULIBALY B. Aspect épidémiologique et prise en charge de l'érysipèle dans le service de dermatologie du CNAM. Thèse Med Fmpos 04M22
6. Pitche P, Tchangai Walla K. Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé Togo. Bull socpatholexot 1997;90:189-191
7. Okajima O, Freitas P, Zaitz C. Erysipelas a clinical study of 35 patients hospitalized at the saopaulo central hospital of irmandade da santa casa de misericordia . an bras dermatol, rio de janeiro 2004 ; 79(3) :295-303
8. Bjornsdottir s, Gottfredsson M, Thorisdottir AS et al. Risk factors for acute cellulitis of the lower limb: a prospective case control study. Clin Infect Dis, 2005, 41: 1416-1422.

9. Picard D, Klein A, Grigionl S, Joly P. Risk factors for abscess formation in patients with superficial cellulitis (erysipelas) of the leg. *Br J Dermatol*, 2013;168:859-868
10. Angnoholt J, Andersen I, etsondegaard G. Necrotic bullous erysipelas. *Acta medscand* 1988 223, 191-192
11. Bernard P, Bedane C, Mounier M, Denis F, et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults. *Archdermatol* 1989 ;125 :779-82
12. Crixx B, Chevrant F, Sigal-hanum. Erysipèle. Données épidémiologiques cliniques et thérapeutiques 1991(118) 11-16
13. PERL B, GOTTEHRER NP, RAVEH D et al. Cost-effectiveness of blood cultures for adult patients with cellulitis. *Clin Infect Dis*, 1999, 29: 1483-1488
14. HEPBURN MJ, DOOLEY DP, SKIDMORE PJ et al. Comparison of short-course (5 days) and standard (10 days) treatment for uncomplicated cellulitis. *Arch Intern Med*, 2004, 164:1669-1674.
15. STEVENS DL, BISNO AL, CHAMBERS HF et al. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin Infect Dis*, 2005, 41 : 1373-1406.
16. CONFERENCE DE CONSENSUS. Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Société française de dermatologie et Société française de

pathologie infectieuse de langue française. Tours, 6 janvier 2000.

17. SILJANDER T, KARPPÉLIN M, VAHAKUOPUS S et al. Acute bacterial, nonnecrotizing cellulitis in Finland: microbiological findings. *Clin Infect Dis*, 2008, 46: 855-861.
18. GUNDERSON CG. Cellulitis: definition, etiology, and clinical features. *Am J Med*, 2011, 124: 1113-1122.
19. MOKNI M, DUPUY A, DENGUEZLI M et al. Risk factors for erysipelas of the leg in Tunisia: a multicenter case-control study. *Dermatology*, 2006, 212: 108-112. .
20. GUNDERSON CG, MARTINELLO RA. A systematic review of bacteremia's in cellulitis and erysipelas. *J Infect*, 2012, 64: 148-155.
21. LECLERC-MERCIER S, TEIXEIRA A, MAHE E et al. Érysipèles récidivants : étude rétrospective de 47 cas. *Ann DermatolVénéréol*, 2003, 130: 4S26.
22. BERNARD P, CHOSIDOW O, VAILLANT L; French Erysipelas Study Group. Oral pristinamycin versus standard penicillin regimen to treat erysipelas in adults: randomised, non-inferiority, open trial. *BMJ*, 2002, 325: 864-869.

FICHE SIGNALÉTIQUE**Nom:** KANOUTE**Prénom:** Abdoulaye**Titre de la thèse :** Etude des facteurs de risque de l'erysipèle au cnam (ex institut marchoux)**Année universitaire :** 2014-2015**Pays d'origine:** Mali**Ville de soutenance :** Bamako**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**RESUME**

Nous avons réalisé une étude cas témoin de 12 mois sur les facteurs de risque de l'erysipèle au cnam. Ainsi 97 cas d'erysipèle ont été colligés, pour chaque cas deux témoins de même sexe et d'âge compris dans une fourchette de plus ou moins 5 ans ont été appariés (soit 194 témoins)

Au terme de ce travail :

Une prédominance du sexe féminin fut retrouvée dans les deux groupes, l'erysipèle a surtout affecté le membre inférieur (92%) les principaux facteurs de risque de l'erysipèle furent l'œdème de stase (odds ratio=63), un traumatisme local (Odds ratio=181), l'obésité (Odds ratio=2), l'intertrigo inter orteil (odds ratio=3), en revanche la dépigmentation, le tabagisme, le diabète, ne constituaient pas des facteurs de risque de l'erysipèle.

SERMENT D'HIPPOCRATE ACTUALISE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité et leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances(...).

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois couvert d'honneur et méprisé si j'y manque ».

