



Dossier : La toxoplasmose

- Corticothérapie et diabète
- Epidémiologie de l'ostéoporose au Maroc
- Accouchement par le siège : quel est le débat ?
- Le droit du patient à l'information
- Les infections des parties molles et le traitement par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez le diabétique

Sommaire

FONDATRICE DE LA REVUE
Dr Siham Benckroun

COMITE EDITORIAL

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Dr El Ghalya Lataoui

REDACTRICE EN CHEF
Dr El Ghalya Lataoui

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
DE LA RÉDACTION
Dr Dalila Benlahcene

COMITE SCIENTIFIQUE
ET DE LECTURE
Pr M. Adnaoui (médecine interne)
Pr Naima Amrani Hbabi
(gastro-entérologie)
Pr M. Bartal (Pneumologie)
Pr A. Benghalem (O.R.L.)
Pr Saïd Benomar (pédiatrie)
Me Abderrahim Berrada (droit)
Pr Rachid Bezaïd (gynécologie-obstétrique)
Pr Wafae Bis Bis (gynécologie-obstétrique)
Pr Abdeljalil El Kholli (santé au travail)
Pr Ratik Ismail (gastro-entérologie)
Pr M. Sqalli Houssaini (pédiatrie)
Pr Saïd Louahlia (médecine légale)
Pr Fatima Marouan (endocrinologie)
Pr Asmae Quessar (hématologie-oncologie)
Pr Rachida Soulaymani (pharmacologie)
Pr Ali Zaoui (médecine interne)

SPECIAL DENTAIRE
Pr Faïza Abdellaoui (Rabat)
Pr Naji Benzerti (Rabat)
Pr Ali El Hamid (Casablanca)
Pr Hocine Hreche (Rabat)
Pr Fethi Maatouk (Tunisie)

COMITE INTERNATIONAL
Pr Aziz El Matri (Tunisie)
Pr Franck Feuillade (France)
Pr Pierre Marès (France)
Pr Patrick Madelenat (France)
Pr Alain Serrie (France)

CORRESPONDANTS
Algérie : Pr Salim Natti
Tunisie : Pr M. Ridha Kamoun

RESPONSABLE TECHNIQUE
ET COMMERCIALE
Dalila Amarouch

ABONNEMENTS
Lamia El Guermouaoui
Saïd Flahy

EDITION, PUBLICITE
GROUPE DE PRESSE ESPACE SANTE
45, rue de l'Atlas - Maïarif, Casablanca, 20100.
Tel : 05 22 98 85 60 / 05 22 25 77 59 - Fax : 05 22 98 43 80
esperance-medicales@menara.ma
espace-sante@menara.ma

IMPRIMERIE
DALTON

Dépôt légal : 6 P / 1992.
ISSN : 1113 - 8580

Editorial

La toxoplasmose

Pr. Michel Marjolet

109

Brèves

111

Endocrinologie

Corticothérapie et diabète

H. Boutaleb

112

Rhumatologie

Epidémiologie de l'ostéoporose au Maroc

E. Allali

115

Obstétrique

Accouchement par le siège : quel est le débat ?

N. Amar

119

Dossier : La toxoplasmose

124

• Epidémiologie de la toxoplasmose

R. Moutaj

125

• Aspects cliniques de la toxoplasmose

R. Moutaj

129

• Diagnostic biologique de la toxoplasmose

H. Tligui

132

• Prise en charge thérapeutique de la toxoplasmose
materno-fœtale

L. Zougaghi

137

• Prévention de la toxoplasmose

L. Zougaghi

141

• La toxoplasmose chez les patients immunodéprimés

N. Tassi

145

Médecine légale

Le droit du patient à l'information

A. Lakbiri

150

Endocrinologie

Les infections des parties molles et le traitement par
les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez le diabétique

A. Kerekou

155

Nouvelles sur les médicaments

158

Revue de presse

159

Agenda

160

Les infections des parties molles et le traitement par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez le diabétique

A. Kerekou*, A. Cbadli**,
H. El Gbomarj***,
A. Farouqi****

*Résidente, **Professeur agrégé
***Professeur,

****Professeur et Chef de service
Service d'Endocrinologie, Diabéto-
logie et Maladies Métaboliques
CHU Ibn Rochd, Casablanca

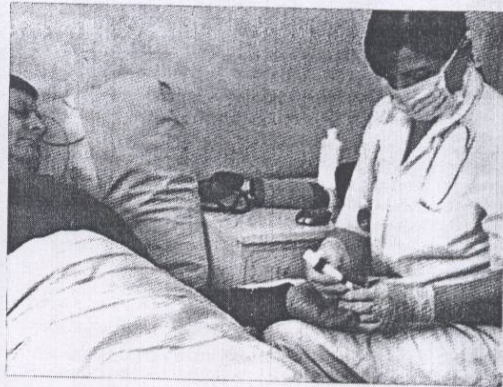
Les infections des parties molles sont fréquentes chez le diabétique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont souvent utilisés. Ce travail tente de répondre à deux questions :

- Est il opportun d'utiliser ces AINS ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de ce traitement ?

Pathogénie de l'infection

Les AINS sont utilisés pour lutter contre une inflammation qui n'est rien d'autre qu'un processus général de défense et d'adaptation de l'organisme à toute agression tissulaire.

Elle va se traduire par les 4 signes de CELSE : rougeur, chaleur, tumeur, douleur, qui sont la conséquence de la mise en œuvre de nombreux systèmes



biologiques cellulaires (polynucléaires, macrophages, lymphocytes, plaquettes) et immunitaires (histamine, prostaglandines, anticorps).

Dès lors, il est impérieux de supprimer la cause et non de se contenter de combattre directement l'inflammation⁽¹⁾.

Mode d'action

Les AINS n'agissent que sur **une partie de la composante inflammatoire**.

Ils bloquent la dégradation de l'acide arachidonique par la voie de la cyclooxygénase.

Ils s'opposent donc à la production des prostaglandines et du thromboxane A2.

Ils agissent également sur la composante cellulaire de l'inflammation en bloquant la mobilité des cellules, notamment les macrophages⁽¹⁾.

Effets de l'utilisation des AINS

Dans les infections des parties molles, au cours des inflammations d'origine infectieuse, l'administration exclusive de substances anti-inflammatoires, loin d'être bénéfique, va **inhiber le chimiotactisme des cellules de défense de l'organisme et favoriser la diffusion de l'infection**⁽¹⁾.

La manifestation la plus grave est la **fasciite nécrosante** qui est une dermohyperdermite bactérienne, avec nécrose de l'aponévrose superficielle habituellement due au streptococcus pyogène. D'autres germes peuvent être en cause. Elle complique rarement un acte chirurgical⁽²⁾.

La fasciite nécrosante survient le plus souvent chez l'adulte et elle est très rarement retrouvée chez l'enfant^(3,4).

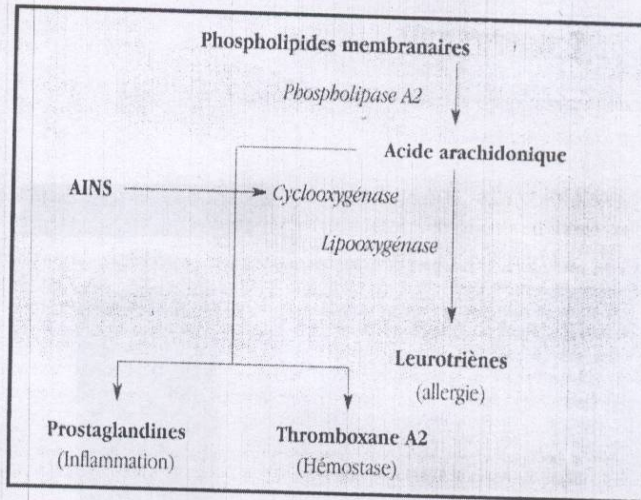
De siège variable, elle débute par un œdème inflammatoire douloureux et fébrile qui fait penser à une cellulite banale mais, l'absence de bourrelet périphérique d'adénopathies, l'aggravation ou la non amélioration sans antibiotique doit faire reconsidérer le diagnostic^(5,6).

Dans une étude multicentrique, cas-témoins, il n'a pas été établi une relation causale entre l'utilisation des AINS dans les infections des parties molles et le développement d'une fasciite nécrosante.

Cependant, les auteurs de ce travail ont conclu que **les AINS pourraient masquer les signes locaux**^(8,9,10,11).

Dans une étude portant sur 7 patients présentant une dermohyperdermite ou fasciite nécrosante, 6 avaient pris des AINS^(12,13,14).

Dans une autre étude, concernant 8 patients présentant des fasciites nécrosantes, 7 de ces patients avaient reçu des AINS lors de l'apparition des premiers symptômes^(15,17,18,19).



Mode d'action des AINS

D'autres auteurs ont également rapporté le rôle favorisant des AINS dans la survenue d'une fasciite nécrosante.

Ainsi, un cas de fasciite nécrosante a été rapporté suite à la prise d'AINS prescrits pour des infections des parties molles. Cela doit inciter à contre-indiquer les anti-inflammatoires devant toute suspicion d'infection des parties molles, ont estimé les auteurs de ce travail. Ces derniers peuvent en effet aggraver les lésions, masquer les signes d'alarmes et retarder le traitement chirurgical⁽⁷⁾.

Le recours aux AINS dans les infections inflammatoires aiguës semble dangereux.

En pratique, il faut **préconiser le respect du bon usage des AINS** et recommander de **ne pas les utiliser en dehors d'indications bien définies**. Chez un malade traité au long cours par les AINS ou par corticothérapie générale, il n'y a pas lieu de modifier le traitement de fond lorsqu'il est indispensable. Ces traitements étant des facteurs de comorbidité, il est recommandé d'hospitaliser ces malades pour traiter une éventuelle infection des parties molles.

Les AINS sont à proscrire au cours d'infections des parties molles

Il faut penser au rôle néfaste des AINS et éviter de les prescrire face à une grosse jambe inflammatoire, comme cela est encore fréquemment observé. En effet, ils favorisent la transformation en formes nécrosantes. Ils sont toujours à contre-indiquer dans ce type d'indication⁽²⁰⁾.

L'analyse des données de la littérature révèle qu'aucune étude ne justifie l'utilisation d'AINS ou de corticoïdes au cours des infections des parties molles. Il n'y a pas de raison de penser qu'ils sont capables d'écarter les signes inflammatoires locaux ni qu'ils ont un intérêt dans la prévention des séquelles des infections des parties molles.

De nombreuses observations rapportent des complications à type de fasciite nécrosante survenue lors de l'utilisation d'AINS au cours des dermohyperdermites aiguës bactériennes. Des études, plus rares, font état d'une association entre la survenue

de fasciites nécrosantes et la prescription d'AINS dans les circonstances favorisant des dermo-hypodermites aiguës bactériennes, en particulier la varicelle chez l'enfant⁽²²⁾.

Cependant, les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir de façon certaine une relation de cause à effet. L'utilisation d'AINS est donc déconseillée en cas de fièvre élevée ou mal tolérée. Des antipyrétiques et/ou les antalgiques comme le paracétamol doivent être préférentiellement utilisés.

Une récente étude, comparant 19 cas de fasciite nécrosante et 29 infections cutanées bénignes compliquant toutes une varicelle, a montré que l'utilisation d'ibuprofène était associée à un risque significativement augmenté de fasciite nécrosante.

Dans une étude rétrospective de 162 cas de dermo-hypodermites bactériennes, des cas de fasciites nécrosantes ont été décrits sous AINS⁽²³⁾.



Fasciite nécrosante de la jambe

Une série de 8 cas de fasciite nécrosante a été rapportée suite à l'utilisation des AINS⁽²⁴⁾. Si les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir de façon certaine une relation de cause à effet entre les complications infectieuses sévères, à type de fasciites nécrosantes, l'utilisation des AINS chez le diabétique impose toutefois à la prudence.

Que retenir ?

- Les AINS sont contre-indiqués dans l'infection des parties molles chez le diabétique.
- Ils peuvent aggraver les lésions, masquer les signes d'alarme et conduire à une évolution fatale.

Aussi, en l'absence de preuve objective de leur efficacité, les AINS doivent rester contre-indiqués au cours des infections des parties molles. Les AINS sont à éviter dans les infections des parties molles, notamment chez le diabétique. Ces derniers augmenteraient le risque de survenue de fasciite nécrosante d'autant plus que le diabète constitue déjà un facteur favorisant de survenue de fasciite nécrosante.

RÉSUMÉ : Le diabète constitue un facteur favorisant de survenue des infections des parties molles on a souvent recours aux AINS dans un but antalgique et antipyrétique mais ces derniers pourraient masquer les signes locaux. La fasciite microbienne ou nécrosante semble être favorisée par la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens. Le tableau clinique initial est celui d'une dermoépidermie aiguë ressemblant le premier jour à celui d'un érysipèle. Les AINS sont à éviter chez le diabétique en cas d'infection des parties molles.

SUMMARY : The diabetes establishes a facilitating factor of arisen the infections of mild parts. We often have appeal to AIN in analgesic purpose and antipyrétique but these last ones could mask the local signs. The microbial fasciite or necrosante seems to be facilitated by the grip of anti-inflammatory drug not stéroïdiens. The initial clinical picture is the one of a pointed dermoépidermie looks like the first day one that of the érysipèle. AINS is to be avoided at the diabetic's in case of infection of mild parts.

REFERENCES

- 1- **Assi A, Adou A et coll.** Les cellulites diffuses et anti-inflammatoires. *Rev Col Odontostomatol Clin Médicaf.* 1996;3(5):25-27.
- 2- **Christiani L, Brun B, Sacala M, Trunseit P, Raptin M.** Hémostase streptococcique sanguine et non stéroïdiel anti-inflammatoire. *Chir J.* 15 June 1985;200.
- 3- **Huacault-Marcade P et coll.** Fasciite nécrosante du membre supérieur à propos d'un cas. *Ann Chir Plast Esth.* 1991;36(6):520-6.
- 4- **Rimalaino A, Rio B, Richard Ch et coll.** Painful necrotizing fasciitis and non steroidal anti-inflammatory drugs. *J Infect.* 1989;155:1416.
- 5- **Boujean JC, Saury P et coll.** Fasciites nécrosantes. *Rev Prat.* 1988;38(3).
- 6- **Solomon I.** Activation of latent infection by immunosuppressants: a report of three cases. *Br Med J.* 1996;96:1-2.
- 7- **Choude S, Bellamonica J, Corvadon et coll.** Fasciite nécrosante de la face après excision d'un épithélioma spinocellulaire. Département d'Oncologie-Radiation, hôpital Saint Roch, 5 rue Pierre Deroy BP 1319 06000 Nice Cedex 01 France; service des maladies infectieuses et tropical hôpital de l'archet 1, 151 route Saint-Augustin-de-Ginestiere, BP 3029, 06202 Nice cedex 03 France; Service de Dermatologie hôpital Saint-Rafaël, 3000 Frejus France.
- 8- **Choudeou D et al.** Rôle favorisant des anti-inflammatoires. *Arch Dermatol.* 1991;127:1845-6.
- 9- **Zerr DM et al.** Epidemiologie rôle des AINS. *Diabetica.* 1999;10:178-190.
- 10- **Peterson CL et al.** AIN et cellulites nécrosantes : étude épidémiologique. *Pediatr Inf J.* 1996;15:151-6.
- 11- **Darke HD et al.** AIN et cellulites nécrosantes : étude épidémiologique. *N Engl J Med.* 1993;333:517-51.
- 12- **Meleney FL.** Hemolytic streptococcus gangrene. *Arch Surg.* 1924;39:317-36.
- 13- **Meleney FL.** Hemolytic streptococcus gangrene : importance of early diagnosis operation. *JAMA.* 1926;92:2009-2012.
- 14- **Wilson B.** Necrotizing fasciitis. *Ann Surg.* 1952;136(1):16-31.
- 15- **Shupak A, Shoshani O, Goldenberg I et al.** Necrotizing fasciitis: an indication for hyperbaric oxygenation therapy. *Surgery.* 1995;118(5):873-8.
- 16- **El Bahali A, Uzidi K, Genouci P et al.** Fasciites nécrosantes et anti-inflammatoires non stéroïdiens à propos de 8 cas. *Méd Magreb.* 1995;30.
- 17- **Bernard P.** Les cellulites infectieuses de la jambe. *Rev Prat (Paris).* 1989;39:9.
- 18- **Prick B, Belaïch P.** Les cellulites infectieuses gangréneuses. A propos de deux observations. *Méd Hyg.* 1986;42:1401-1406.
- 19- **Pansier M, Bonchet Hermouet B et al.** Fasciite nécrosante à streptocoque hémolytique chez l'enfant. *Sem Hôp Paris.* 1991;67(15):1571.
- 20- **Zerr DM, Alexander ER, Duchin J et al.** A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicel. *Pediatrics.* 1989;163:785-790.
- 21- **Choudeou O, Saïg P, Lupatier L et al.** Non stéroïdiel anti-inflammatoire et cellulite à questionnaire rose. *Arch Dermatol.* 1991;127:1845-6.
- 22- **Sy J, Dreug M, Kare A, Diallo M.** Dermatohypodermite bactérienne : étude rétrospective de 162 cas. *Ann Dermatol Vénérol.* 2005;131:87.
- 23- **Moukidi M, Elouarin Y, Bouassida S et coll.** Les formes graves de l'érysipèle : étude rétrospective. *Ann Dermatol Vénérol.* 2004;130:181.
- 24- **Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil locomoteur.** septembre 2006;32(5):504-507.
- 25- **Janssard R, Kaeppeler E, Struys C et al.** Est-il est un place pour les AINS corticoïdes dans la prise en charge de l'érysipèle. *Ann Dermatol Vénérol.* 2011;138(3):348.