

Revue générale

Ces pathologies qui miment un érysipèle

RÉSUMÉ : Un grand nombre de pathologies peuvent se présenter sous la forme d'un placard rouge chaud œdémateux et ainsi mimer un érysipèle. Ces pseudo-érysipèles sont d'origines et de mécanismes très divers (inflammatoire, cancéreux, vasculaire, traumatique...). Ils peuvent être responsables d'une errance diagnostique. Certains diagnostics sont fréquents et connus, tandis que d'autres entités sont plus nouvelles (tel le *giant cellulitis-like Sweet syndrome*).



R. OUAKRAT, E. BEGON
Service de Dermatologie,
CH René Dubos, PONTOISE.

La dermohypodermite aiguë non nécrosante, communément appelée érysipèle en France, est une infection aiguë bactérienne limitée au derme et à l'hypoderme. Elle est principalement due au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A dans 58 à 73 % des cas, du groupe G dans 14 à 25 % des cas et accessoirement des groupes C et B.

Dans certains cas, d'autres agents bactériens peuvent être retrouvés : le staphylocoque doré (toxicomanie intraveineuse, post-traumatique ou chirurgie), la pasteurellose suite à une morsure d'animal, l'érysipéloïde après piqure lors de la manipulation de poissons ou autres animaux inoculant le bacille du rouget du porc (*Erysipelothrix rhusiopathiae*), etc.

Cliniquement, l'érysipèle se caractérise par l'apparition brutale d'un placard inflammatoire dermohypodermique bien limité, unilatéral, accompagné ou précédé d'une fièvre. Les principaux

sites sont les membres et le visage, plus rarement l'abdomen.

Mais un placard cutané rouge, chaud et œdémateux est loin de se résumer à l'érysipèle bactérien ou même à une étiologie infectieuse. Un grand nombre de pathologies de tout ordre ou mécanisme (métabolique, vasculaire, carcinomateux, auto-inflammatoire) peuvent se présenter sous la forme d'un érysipèle. D'où les termes du vocabulaire dermatologique : érysipélatoïde, pseudo-érysipèle ou pseudo-cellulitique. Cette présentation pseudo-infectieuse est source d'errance diagnostique. Une récente étude réalisée aux États-Unis a montré qu'un tiers des patients initialement hospitalisés pour motif de cellulite bactérienne relevaient *in fine* d'un autre diagnostic (insuffisance veineuse, goutte...) [1].

Cet article a pour but de présenter ces pathologies diverses pouvant prendre le masque d'un érysipèle bactérien (**tableau I**).

Infectieuses	Inflammatoires	Tumorales	Autres étiologies
● Lymphangite ● Bursite ● Arthrite septique ● Cryptococcose ● Leishmaniose	● Crise de goutte ● Syndrome de Wells ● Sweet géant ● Morphée aiguë ● Fièvre méditerranéenne familiale ● Vascularite	● Érysipèle carcinomateux ● Mycosis fongoïde ● Lymphome T/NK ● Lymphome intravasculaire	● Thrombose veineuse profonde ● Traumatique : hématome hémorragique, syndrome de Morel-Lavallée, cytotéatonécrose ● Médicamenteuse (gemcitabine, pémétréxed) ● Panniculite <i>a frigore</i> ● Œdème aigu de réanimation

Tableau I : Pathologies pouvant prendre l'apparence d'un érysipèle bactérien.

Revue générale

Étiologies infectieuses

1. Lymphangite

La lymphangite est une infection aiguë touchant le canal lymphatique. Elle est le plus souvent en lien avec un streptocoque du groupe A. Le tableau clinique est celui d'un placard érythémateux linéaire avec adénopathie locorégionale.

2. Arthrite septique

L'arthrite septique est définie par la présence d'un micro-organisme cultivable dans la cavité synoviale avec une réaction inflammatoire dans l'articulation. Il s'agit d'une urgence thérapeutique et diagnostique, grevée d'un risque de mortalité de 7 % [2]. Cliniquement est constatée une articulation gonflée et douloureuse avec impotence fonctionnelle accompagnée de fièvre dans près de la moitié des cas. Le genou est chaud et un placard érythémateux s'étendant aux tissus mous en périphérie de l'articulation peut mimer un érysipèle. La ponction articulaire est une urgence.

3. Bursite

Les bourses séreuses sont des cavités extra-articulaires constituées de tissu conjonctif. Les bursites sont un motif fréquent de consultation aux urgences. Elles affectent principalement la patella et l'olécrane. Un tiers des bursites sont

infectieuses. La bursite pré-rotulienne, par l'extension de l'érythème aux parties molles autour du genou, simule un érysipèle (fig. 1). Cliniquement sont retrouvés une gêne fonctionnelle, une tuméfaction ronde rénitente et un érythème cutané en regard. La non-spécificité de l'examen clinique impose une ponction de la cavité.

Comme pour l'arthrite septique lorsque le diagnostic est difficile, l'échographie est une aide au diagnostic retrouvant un épanchement et un œdème bursial. La ponction du liquide oriente vers une origine infectieuse ou microcristalline [3].

4. Leishmaniose

Les leishmanioses sont des infections parasitaires causées par un protozoaire flagellé. Il s'agit d'une zoonose transmise par un phlébotome. Cliniquement, la forme classique débute par une papule inflammatoire bien circonscrite, évoluant vers une ulcération centrale indolore avec un bourrelet périphérique inflammatoire. Au-delà de cette présentation habituelle, bien des formes cliniques peuvent être trompeuses. Des cas de leishmaniose se présentant sous la forme de placard érythémateux et œdémateux du visage simulant une cellulite bactérienne ont été décrits [4, 5].

5. Cryptococcose

La cryptococcose est une mycose cosmopolite due à une levure capsulée du genre *Cryptococcus*. Elle survient principalement chez des personnes immunodéprimées (VIH, lymphome, greffes

d'organes, corticoïdes). L'atteinte cutanée classique résulte d'une dissémination hémotogène ou d'une inoculation directe. On retrouve cliniquement des lésions papulo-pustuleuses ou encore nodulaires ulcéro-nécrotiques (fig. 2). Plusieurs cas sont rapportés de patients immunodéprimés présentant des lésions dermohypodermiques inflammatoires initialement diagnostiquées comme érysipèles [6, 7].

Étiologies inflammatoires

1. Crise de goutte

La goutte est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent d'Europe. Sa prévalence est de 0,9 % en France. L'hyperuricémie chronique est à l'origine de dépôt de cristaux d'urate de sodium pouvant déclencher des arthrites aiguës [8].

La crise est le plus souvent brutale et mono-articulaire. L'atteinte la plus fréquente et la plus précoce est celle de la première articulation métatarso-phalangienne mais aussi de la cheville, du genou et plus tardivement des articulations des membres supérieurs. C'est l'extension de l'inflammation aux bourses séreuses et au tissu sous-cutané adjacent qui peut donner un aspect proche de l'érysipèle. La limitation de mobilisation de l'articulation et la présence de tophus orientent le diagnostic (fig. 3).



Fig. 1 : Bursite infectieuse du genou gauche avec placard pseudo-érysipèle des parties molles adjacentes.



Fig. 2 : Dermohypermie à *cryptococcus neoformans* (cryptococcose cutanée) chez un patient immunodéprimé.



Fig. 3 : Goutte simulant une dermohypodermite de la main (on remarquera les tophus des pulpes).

Revue générale

2. Fièvre méditerranéenne

Il s'agit de la plus fréquente des maladies auto-inflammatoires (5 000 à 10 000 personnes en France). Monogénique, elle se transmet de manière autosomique récessive et est liée à une mutation du gène *MEFV* (*familial mediterranean fever gene*) sur le chromosome 16. Elle se manifeste depuis l'enfance par une fièvre (100 % des cas), des douleurs abdominales (95 % des cas), des arthralgies (50 à 75 % des cas). Dans un tiers des cas est observé un pseudo-érysipèle touchant principalement les membres inférieurs. Bien que peu nombreuses, les données histologiques retrouvent le plus souvent un infiltrat neutrophilique périvasculaire [9, 10].

3. Syndrome de Sweet

Le syndrome de Sweet (SS) est la principale manifestation des dermatoses neutrophiliques aseptiques. Il se présente habituellement sous la forme de papulonodules infiltrés très érythémateux. D'autres formes sémiologiques existent prenant l'aspect de pustules superficielles (SS pustuleux), de bulles (SS bulleux) ou de placards infiltrés (SS profond).

Récemment, des observations font état de larges placards inflammatoires infiltrés mimant en tout point un érysipèle, d'autant qu'ils s'associent à une fièvre, une polynucléose et une élévation de la CRP. Cette entité a été nommée *giant cellulitis-like Sweet syndrome* [11, 12]. La topographie inhabituelle, la multiplicité des placards inflammatoires, l'absence de réponse aux antibiotiques, sans lymphangite ni lymphadénopathie, permettent de redresser le diagnostic.

4. Syndrome de Wells

Le syndrome de Wells, ou cellulite à éosinophiles, peut simuler en tout point une cellulite infectieuse comme l'indique son nom. Cette dermatose inflammatoire se présente le plus souvent par un placard inflammatoire chaud et infiltré, par-



Fig. 4 : Cellulite à éosinophiles de Wells chez un enfant.

fois bulleux, sans signes distinctifs d'une cellulite bactérienne (fig. 4). Sa survenue chez l'enfant, la présence d'éosinophilie sanguine dans la moitié des cas et l'absence de régression sous antibiotique orientent le clinicien.

L'histologie retrouve un œdème dermique, un infiltrat éosinophilique et des images en "flammèches", correspondant à un amas central de collagène entouré de débris d'éosinophiles.

La maladie évolue selon une première phase inflammatoire, avec des plaques érythémateuses chaudes, prurigineuses. Parfois, des papules, des nodules ou encore des bulles peuvent apparaître durant cette phase. Lors de la seconde phase, on observe une involution des lésions laissant une atrophie, une hypopigmentation ou encore une induration semblable à la morphée.

Le traitement le plus efficace de ce syndrome est la corticothérapie orale à dose modérée [13].

5. Morphée profonde

Les morphées profondes sont des scléroses et inflammations sous-cutanées. Elles atteignent le derme profond et l'hypoderme. Il existe souvent une première phase inflammatoire suivie d'une seconde phase sclérotique. Un placard chaud inflammatoire bien circonscrit



Fig. 5 : Sclérodermie en plaque unique circonscrite dans sa phase initiale inflammatoire.

peut simuler un érysipèle mais l'aspect très scléreux permet d'alerter le clinicien (fig. 5).

6. Vascularite

Les vascularites regroupent des pathologies ayant comme point commun une inflammation ou une nécrose des vaisseaux. Les signes cutanés sont majoritairement des lésions de purpuras infiltrés nécrotiques. Mais l'éruption peut aussi être plus polymorphe avec des nodules dermiques, des macules érythémateuses, des lésions urticariformes fixes ou encore des vésiculo-bulles pouvant secondairement s'ulcérer. Plusieurs cas sont rapportés de vascularites dont la sémiologie inflammatoire en placards a pu simuler un érysipèle [14, 15].

Étiologies tumorales

1. Érysipèle carcinomateux

Le "carcinome érysipéloïde", aussi appelé cancer du sein inflammatoire, est une forme peu commune et grave de dissémination métastatique de cancer du sein. Cliniquement, on retrouve un placard érythémateux du sein, inflammatoire, avec une bordure surélevée et parfois un important lymphœdème. Histologiquement est observée une infiltration par des cellules malignes principalement dans les vaisseaux lymphatiques dermiques. Cette forme dite mastite carcinomateuse est de mauvais pronostic [16].

2. Lymphome

>>> Mycosis fongoïde

Ce lymphome T cutané représente 50 % des lymphomes cutanés. À côté de la présentation clinique typique (apparition insidieuse d'une plaque érythémateuse et squameuse fixe), il existe un grand nombre de formes atypiques rapportées de façon exceptionnelle (dyshidrosique, poïkilodermique, hypochromique). Sont décrits des cas [17, 18] de mycosis fongoïde du visage ayant débuté par un érythème œdémateux périorbitaire isolé.

>>> Lymphome intravasculaire

Il s'agit d'une forme rare de lymphome non hodgkinien au cours duquel les cellules prolifèrent dans la lumière des capillaires. Les symptômes sont surtout cutanés et parfois cérébraux. La malignité de ces tumeurs est élevée. Cliniquement, on observe une plaque érythémateuse inflammatoire œdémateuse et douloureuse. Les premiers diagnostics évoqués sont souvent ceux d'un érysipèle, d'une thrombophlébite ou encore d'un érythème noueux [19].

>>> Lymphome NK/T

Le lymphome NK/T extra-nodulaire est très rare et très agressif. Lié à l'EBV, ses



Fig. 6 : Lymphome cutané NK/T facial.

atteintes cutanées peuvent concerner les membres ou le visage, mimant une dermohypodermite bactérienne (fig. 6) [20].

>>> Lymphome B cutané

Le lymphome B cutané à grandes cellules de type jambe (PCDLBCL-LT) représente 20 % des lymphomes B cutanés. Ce lymphome de mauvais pronostic, affectant principalement les jambes, se présente sous la forme de nodules, d'ulcérations ou encore de larges placards érythémateux uni- ou bilatéraux. Son évolution rapidement progressive et unilatérale peut être faussement diagnostiquée comme un érysipèle [21].

Autres étiologies (hypersensibilité, allergiques, traumatiques)

1. Thrombose veineuse et insuffisance veineuse chronique

La thrombose veineuse profonde peut simuler un érysipèle.

Il est fréquent que des patients présentant une insuffisance veineuse chronique en poussée inflammatoire épidermique soient adressés pour un "érysipèle résistant" devant un tableau d'une ou deux jambes rouges, douloureuses et indurées. Le caractère bilatéral, l'absence d'extension centrifuge, l'absence de fièvre ou de syndrome inflammatoire biologique ainsi que la présence d'autres signes d'insuffisance veineuse chronique (dermite ocre, etc.) orientent vers une lipodermatosclérose plutôt qu'un érysipèle [22].

2. Hypersensibilité aux prothèses métalliques

Les prothèses métalliques sont susceptibles de relarguer du nickel, du cobalt ou encore du chrome dans les tissus contigus. L'hypersensibilité aux métaux prothétiques est une pathologie rare. Cliniquement, la présence d'un placard

rouge en regard de l'articulation prothésée, d'une douleur, peut simuler un accident infectieux post-chirurgical [23]. Cette pathologie rare ne doit être évoquée qu'après avoir éliminé une infection de prothèse ou une cause mécanique locorégionale. Elle survient quelques semaines après la pose de prothèse.

3. Post-traumatiques

>>> Hématome profond inflammatoire

Survenant à distance d'un traumatisme, il peut évoquer un érysipèle hémorragique. Il faut être particulièrement vigilant à ce diagnostic chez les personnes âgées, plus fréquemment sous anticoagulant (fig. 7) [24].



Fig. 7 : Hématome post-traumatique de jambe pouvant simuler une dermohypodermite infectieuse bactérienne nécrosante.

>>> Syndrome de Morel-Lavallée

Deux complications des traumatismes de membres, le syndrome de Morel-Lavallée et la cytotéatonécrose, peuvent simuler une dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN). Ce syndrome est la conséquence d'un traumatisme tangentiel qui provoque un décollement de la peau et de l'aponévrose musculaire sous-jacente avec pour conséquence des arrachements vasculaires à l'origine d'un épanchement sérolymphatique. Une réaction inflammatoire est à l'origine d'une capsule fibreuse qui entretient l'épanchement. Une nécrose cutanée est possible.

Le diagnostic est orienté par l'anamnèse (traumatisme semi-récent), la clinique

Revue générale

et la palpation d'une sous-cutanée fluctuante. Enfin, une échographie peut confirmer le diagnostic en montrant une collection entre l'hypoderme et le fascia musculaire [25].

>>> Cytostéatonecrose post-traumatique

Suite à un traumatisme une hypodermite inflammatoire peut survenir. La libération de lipase adipocytaire entraîne alors une panniculite post-traumatique mimant un érysipèle. Un scanner objective un épaississement de la graisse sous-cutanée ainsi qu'un épanchement [25].

4. Médicamenteuses

>>> Gemcitabine

La gemcitabine est une chimiothérapie utilisée dans divers cancers solides ou hémopathies. Un effet indésirable rare est la pseudo-cellulite induite par ce traitement. L'atteinte survient en général 2 jours après l'introduction du traitement, concerne les deux jambes et ne nécessite pas le plus souvent l'arrêt définitif du traitement. La résolution est spontanée [26].

>>> Pémétréxed

Cette chimiothérapie est majoritairement utilisée dans les cancers bronchiques non à petites cellules et certains mésothéliomes pleuraux. Moins décrits que pour la gemcitabine, des cas de pseudo-cellulite ont été rapportés. Comme pour la gemcitabine, l'atteinte se distingue de l'érysipèle par le caractère bilatéral [27].

5. Panniculite a frigore

Suite à une exposition au froid apparaissent des nodules érythémateux, violacés et sous-cutanés pouvant confluer en un placard dermohypodermique. Chez l'adulte, la panniculite *a frigore* touche surtout la femme jeune et la face supéro-externe des cuisses. Elle est résolutive en 2 semaines (**fig. 8**).

POINTS FORTS

- De nombreuses pathologies peuvent mimer un érysipèle par plusieurs mécanismes (infectieux, tumoral, inflammatoire...) pouvant entraîner une errance diagnostique.
- Une jambe rouge, chaude et douloureuse est un motif régulier de consultation aux urgences et un certain nombre de maladies fréquentes peuvent tromper le médecin : crise de goutte, bursite, hématome hémorragique, arthrite septique, insuffisance veineuse chronique.
- L'absence de régression après antibiothérapie, une localisation atypique, l'absence de porte d'entrée, l'absence de facteur de risque (obésité, lymphœdème) peuvent interroger et conduire à des investigations supplémentaires.
- Des dermatoses inflammatoires comme les morphées, le syndrome de Wells ou encore une forme sémiologique récemment définie du syndrome de Sweet (*giant cellulitis-like Sweet syndrome*) sont à évoquer devant un érysipèle qui ne guérit pas.



Fig. 8 : Panniculite *a frigore* des faces externes des cuisses chez une cavalière.

6. Œdème inflammatoire aigu de réanimation

C'est une entité sous-diagnostiquée. Récemment, une cohorte de 15 patients a été publiée. Cliniquement sont retrouvés des placards érythémateux et œdémateux des membres inférieurs, des plis inguinaux ou parfois de l'abdomen, épargnant les zones de pression. Le terrain est celui de patients obèses, hospitalisés en soins intensifs et présentant une hyperhydratation extracellulaire avec un état œdémateux multifactoriel le plus souvent (insuffisance rénale, cardiaque, dénutrition) [28].

BIBLIOGRAPHIE

1. WENG QY, RAFF AB, COHEN JM *et al.* Costs and Consequences Associated With Misdiagnosed Lower Extremity Cellulitis. *JAMA Dermatol*, 2017;153: 141-146.
2. COUDERC M, BART G, COIFFIER G. Recommandations françaises récentes sur la prise en charge des arthrites septiques sur articulation native de l'adulte. *Revue du Rhumatisme*, 2021, *in press*.
3. LORMEAU C, CORMIER G, SIGAUX J *et al.* Prise en charge des bursites septiques. *Revue du Rhumatisme*, 2019;86:255-261.
4. SIAH TW, LAVENDER T, CHARLTON F *et al.* An unusual erysipelas-like presentation. *Dermatol Online J*, 2014;20:21255.
5. EL KARTOUTI A, ELBENAYE J, MILOUDI M. Leishmaniose cutanée érysipéloïde: à propos d'une observation clinique. *Pan Afr Med J*, 2015;21:54.
6. CHIANG B, KAMIYA K, SATO A *et al.* Rapid diagnosis by mass spectrometry of disseminated cryptococcosis clinically mimicking refractory bilateral cellulitis. *J Dermatol*, 2019;46:e344-e346.
7. AKBARY S, RAMIREZ J, FIVENSON D. Cryptococcal cellulitis: A rare entity histologically mimicking a neutrophilic dermatosis. *J Cutan Pathol*, 2017;2018;45:90-93.

8. SCUILLER A, PASCART T, BERNARD A *et al.* La maladie goutteuse. *Rev Med Interne*, 2020;41:396-403.
9. GEORGIN-LAVIALLE, HENTGEN V, STANKOVIC STOJANOVIC K *et al.* La fièvre méditerranéenne familiale. *Rev Med Interne*, 2018;39:240-255.
10. BARZILAI S, LANGEVITZ P, GOLDBERG I *et al.* Erysipelas-like erythema of familial Mediterranean fever: Clinicopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol*, 2000;42:791-795.
11. SUROVY AM, PELIVANI M, HEGYI I *et al.* Giant Cellulitis-like Sweet Syndrome, a New Variant of Neutrophilic Dermatoses. *JAMA Dermatol*, 2013; 149:79-83.
12. MITAKA H, JAMMAL R, SAABIYE J *et al.* Giant cellulitis-like Sweet syndrome: An underrecognized clinical variant mimicking skin and soft tissue infection. *IDCases*, 2020;21:e00874.
13. SINNO H, LACROIX JP, LEE J *et al.* Diagnosis and management of eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome): A case series and literature review. *Can J Plast Surg*, 2012;20:91-97.
14. WEISS M, VIGNON MD, LEPELLETIER C *et al.* Vasculitis Mimicking Pseudo Erysipelas in Systemic Lupus Erythematosus. *Acta Dermatol Venereol*, 2019;99:1295-1296.
15. BUCK M, DUMIC I, McDERMOTT W *et al.* Leukocytoclastic vasculitis as a rare dermatologic manifestation of Crohn's disease mimicking cellulitis: a case report. *BMC Gastroenterol*, 2020;20:240.
16. VAN UDEN DJP, VAN LAARHOVEN HWM, WESTENBERG AH *et al.* Inflammatory breast cancer: An overview. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2015;93:116-126.
17. WEYERS W, DIAZ-CASCAJO C, PREINFALK P *et al.* Mycosis fungoides mimicking erysipelas. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2008;6:298-301.
18. BRILL TJ, LUDWIG RJ, WOLTER M *et al.* (2005). Complicated mycosis fungoides mimicking facial erysipelas. *Br J Dermatol*, 2005;152:1381-1383.
19. RÖGLIN J, BÖER A. Skin manifestations of intravascular lymphoma mimic inflammatory diseases of the skin. *Br J Dermatol*, 2007;157:16-25.
20. KIM SH, SEON HJ, CHOI YD *et al.* Clinicoradiologic Findings in Primary Cutaneous Extranodal Natural Killer/T-Cell Lymphoma, Nasal Type Mimicking Cellulitis of the Left Arm. *Iran J Dermatol*, 2015;12:e12597.
21. LONG V, LIANG MW, LEE JSS *et al.* Two instructive cases of primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma (leg type) mimicking cellulitis and sporotrichosis. *JAAD Case Report*, 2020;6:815-818.
22. REICH-SCHUPKE S, KREUTER A, ALTMAYER P *et al.* Wrong diagnosis erysipelas: hypodermatitis – case series and review of literature. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2009;7:222-225.
23. PACHECO KA. Allergy to Surgical Implants. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2019;56:72-85.
24. Baek YS, Song JY, Jeon J. Late-onset extensive haematoma mimicking cellulitis. *Int Wound J*, 2019;16:297-299.
25. MOULIN C, BARTHÉLÉMY I, EMERING C *et al.* Syndrome de Morel-Lavallée et cytotéatonecrose : deux complications post-traumatiques simulant une dermo-hypodermite infectieuse. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2017;144:450-454.
26. BAMI H, GOODMAN C, BOLDT G *et al.* Gemcitabine-induced pseudocellulitis: a case report and review of the literature. *Curr Oncol*, 2019;26:e703-e706.
27. YANG L, WU WH. Pemetrexed induced pseudocellulitis. *Kaohsiung J Med Sci*, 2020;36:953-954.
28. MARCHIONNE EM, McCALMONT TH, PINCUS LB *et al.* Acute inflammatory edema: A mimicker of cellulitis in critically ill patients. *J Am Acad Dermatol*, 2019;81:931-936.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.