

Ça pique ! Vite à la clinique ?

1

Chantal Guimont

Vous êtes le médecin affecté au service de consultation sans rendez-vous pour la journée. Martin, 4 ans, arrive de la garderie avec son père. L'infirmier vous indique que le petit a une rougeur importante sur la joue causée par une piqûre d'insecte un peu plus tôt dans la journée. L'infirmier insiste pour que vous le voyiez rapidement, car « la cellulite » progresse de plus en plus... Vous allez voir l'enfant en vous demandant ce qui pourrait bien vous aider à faire la différence entre une simple réaction inflammatoire et une cellulite bactérienne.

Cette piqûre d'insecte est-elle infectée ?

La vaste majorité des piqûres d'insecte provoquent une réaction inflammatoire locale et non une cellulite bactérienne¹. Les réactions locales bénignes incluent de la rougeur, du prurit, de l'œdème et, parfois, de la douleur. Elles peuvent durer de quelques heures à quelques jours. Nous en sommes tous victimes au moins quelques fois par année !

Chez certaines personnes, la réaction locale est plus importante. L'inflammation (rougeur, prurit, œdème, douleur) peut s'étendre sur plus de dix centimètres autour de la piqûre (*photos 1 et 2*). Ce type de réaction est fréquent, mais la prévalence exacte est inconnue étant donné le grand nombre de personnes qui ne consultent jamais pour ce problème. La rougeur et l'œdème peuvent parfois toucher tout le membre atteint. Ces réactions évoluent sur une période d'environ 48 heures, puis s'estompent au bout de quelques jours. Elles sont souvent prises à tort pour des cellulites bactériennes et traitées comme telles. Or, il n'y a pas d'infection !

L'enfant qui subit une réaction locale importante peut être souffrant et même faire un peu de fièvre. La douleur peut alors entraîner une atteinte de l'état général, de la fatigue et des nausées². La présence de ces symptômes ne devrait pas influencer sur le diagnostic.



Photo 1. Réaction inflammatoire locale importante à une piqûre d'insecte. © Douglas Hoffman, MD, DermAtlas; www.dermatlas.org. Reproduction autorisée.



Photo 2. Réaction inflammatoire locale importante à une piqûre d'insecte. Photothèque du CHUL. Reproduction autorisée.

La D^{re} Chantal Guimont exerce à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), à Québec, et à l'unité de recherche en pédiatrie du centre de recherche du CHUL. Elle est également professeure au Département de médecine familiale de l'Université Laval.

Une réaction inflammatoire grave survenant à proximité des voies respiratoires peut compromettre dangereusement la fonction respiratoire de l'enfant (par exemple, piqûre dans le cou ou lors de l'ingestion accidentelle d'un insecte)³.

Tableau

Caractéristiques des réactions inflammatoires locales importantes et des réactions infectieuses (cellulites bactériennes)

	Réaction inflammatoire	Réaction infectieuse
🌀 Rougeur	Présente	Présente
🌀 Prurit	Possible	Possible
🌀 Œdème	Présent	Présent
🌀 Douleur	Présente	Présente
🌀 Lymphangite	Absente	Possible
🌀 Atteinte de l'état général, nausées, fatigue	Possible	Possible
🌀 Fièvre	Possible (léger degré)	Possible
🌀 Apparition	Rapide	> 24 heures après l'exposition

Les manifestations cliniques locales observées à la suite d'une piqûre d'insecte proviennent le plus souvent de l'effet **toxique** du venin de l'insecte². Il s'agit, parfois, d'une réaction **immunitaire** de type I (avec médiation des IgE) ou de type IV (où interviennent les lymphocytes) aux composantes antigéniques du venin de l'insecte. Dans les cas de réactions locales importantes, il s'agit d'une réponse d'hypersensibilité retardée avec médiations des IgE. Pour cette raison, les enfants qui ont une réaction à une piqûre d'insecte sont très susceptibles de réagir de la même façon à une autre piqûre¹. Une réaction locale importante ne constitue pas un facteur de risque de réaction allergique généralisée ou d'anaphylaxie^{2,4}.

À la suite d'une piqûre d'insecte, une panoplie de conséquences inhabituelles intéressant les systèmes nerveux, rénal et cardiovasculaire (Ex. : encéphalopathie aiguë, myasthénie grave, neuronite périphérique, syndrome de Guillain-Barré, insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire, syndrome néphrotique et infarctus silencieux du myocarde) ont été décrites. Pour en savoir plus, le lecteur peut consulter l'article

de Reisman paru en 2005⁵. Une cellulite bactérienne constitue également une conséquence inhabituelle.

Quand doit-on soupçonner une cellulite bactérienne? Cette complication est rare. Une complication infectieuse devrait être envisagée uniquement lorsque la réaction **commence** plus de 24 heures après la piqûre (*tableau*). La rougeur et l'œdème continueront alors de s'étendre tant qu'un traitement antibiotique ne sera pas entrepris. La cellulite bactérienne s'accompagne habituellement d'une atteinte de l'état général comprenant de la fièvre et des myalgies. Elle touche de préférence les personnes les plus vulnérables, soit les patients immunodéprimés, atopiques ou souffrant de maladies chroniques. La présence d'une lymphangite à l'examen clinique évoque fortement le diagnostic d'une infection¹. Il est bien important de noter qu'une réaction locale qui **continue** de progresser 24 heures après une piqûre ne devrait pas être traitée comme une cellulite bactérienne puisqu'elle a commencé dans les 24 heures de la piqûre.

Une complication infectieuse peut être attribuable à trois mécanismes physiologiques : une per-

La vaste majorité des piqûres d'insecte provoquent une réaction inflammatoire locale et non une cellulite bactérienne.

Une complication infectieuse devrait être envisagée uniquement lorsque la réaction commence plus de 24 heures après la piqûre.

Repères

foration de la peau, un œdème associé à une réaction locale ou une lésion de grattage. Dans chaque cas, il y a un bris cutané macroscopique ou microscopique suffisant pour permettre le passage des bactéries vers les tissus sous-cutanés. Les micro-organismes le plus souvent en cause sont *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*.

Le diagnostic est essentiellement clinique. Une bonne anamnèse et un examen physique structuré devraient permettre de distinguer les réactions locales importantes des complications infectieuses. Aucun signe ni symptôme paraclinique n'est pathognomonique d'une infection. Une leucocytose peut aussi bien accompagner une réaction inflammatoire importante qu'une cellulite bactérienne. Par ailleurs, un enfant présentant une complication infectieuse peut avoir un bilan paraclinique tout à fait normal.

Quel est le traitement des piqûres d'insecte non infectées ?

Le traitement immédiat des piqûres d'insecte inclut le retrait du dard si ce dernier est toujours visible, le nettoyage de la peau avec un savon doux et de l'eau, l'application intermittente de compresses froides ou de glace, l'élévation du membre atteint et, au besoin, le retrait de tout bijou ou vêtement compressif³.

Assez rapidement après la piqûre, particulièrement en cas de réactions locales importantes, le traitement devrait comprendre un analgésique (idéalement un anti-inflammatoire non stéroïdien, par exemple de l'ibuprofène à raison de 10 mg/kg) et un antihistaminique (comme la diphenhydramine à raison de 1mg/kg à 1,25 mg/kg) afin de limiter l'évolution de la réaction. Si l'inflammation atteint une grande proportion d'un membre, il faut considérer l'utilisation de corticostéroïdes à action générale.

Ces traitements devraient se poursuivre de 24 à 48 heures. Si une vésicule ou une pustule se forme à l'endroit de la piqûre, il ne faut pas la percer afin d'éviter une infection secondaire².

Cet article n'aborde pas le traitement des réactions

allergiques généralisées (anaphylaxie). Un article récent de Bonifazi en fait un bon résumé⁶.

Quels conseils donner au départ du patient ?

Les enfants qui ont une réaction locale importante à une piqûre d'insecte ont tendance à avoir ce type de réaction à chaque piqûre par la suite. Les parents devraient donc repartir de votre cabinet avec une ordonnance d'antihistaminique à utiliser rapidement lorsque l'enfant se fait piquer. De plus, les parents devraient recevoir trois conseils de prévention faciles à retenir : éviter l'exposition, se couvrir et repousser.

☉ **Éviter l'exposition** : Il s'agit ici de prendre des mesures concrètes pour prévenir les piqûres d'insecte. C'est connu, les insectes sont plus actifs à l'aube et au crépuscule. Il faut donc garder les enfants à l'intérieur pendant ces périodes. De plus, les insectes sont attirés par les parfums ainsi que par les couleurs vives et foncées. Il faut donc éviter d'en porter. Enfin, les insectes se trouvent parfois emprisonnés dans des canettes. Il est donc préférable de ne pas boire directement à partir de ces contenants.

☉ **Se couvrir** : Moins la peau est exposée, moins les risques de piqûre sont élevés. Les chandails à manches longues, les pantalons et les bas constituent donc d'excellents moyens de prévention.

☉ **Repousser** : Enfin, les insectifuges protègent les endroits qui demeurent exposés au risque de piqûres d'insecte. Les insectifuges à base de diéthyltoluamide (DEET) sont les plus efficaces et peuvent être utilisés sans danger chez les enfants^{7,8} à une concentration d'environ 10 %. Une teneur plus élevée en DEET n'améliore pas la protection, mais prolonge la durée d'action. La Société canadienne de pédiatrie offre sur son site Internet des conseils très utiles concernant l'utilisation des insectifuges chez les nourrissons et les enfants (www.soinsdenosenfants.cps.ca/securite/insectifuges.htm).

Seuls les enfants présentant une réaction allergique généralisée nécessitent une évaluation en immunoallergologie afin de subir des tests d'allergie et, au

Assez rapidement après la piqûre, particulièrement en cas de réactions locales importantes, le traitement devrait comprendre un analgésique (idéalement un anti-inflammatoire non stéroïdien) et un antihistaminique afin de limiter l'évolution de la réaction.

Repère

besoin, une désensibilisation. Un injecteur EpiPen ainsi qu'un bracelet Medic-Alert devraient être prescrits à ces enfants.

EN EXAMINANT MARTIN, vous constatez que sa joue est rouge, enflée et douloureuse au toucher. Vous voyez une petite piqûre d'insecte au centre. Le dard n'est pas présent. Martin ne fait pas de fièvre et, malgré un inconfort évident, il demeure enjoué. Vous expliquez au papa que bien que la réaction autour de la piqûre soit impressionnante, il ne s'agit pas d'une infection mais plutôt d'une réaction inflammatoire due au venin de l'insecte. Vous donnez à Martin une dose d'AINS (par exemple, de l'ibuprofène à raison de 10 mg/kg) ainsi qu'une dose d'antihistaminique (par exemple, de la diphenhydramine à raison de 1 mg/kg à 1,25 mg/kg) et lui remettez un sac de glace à appliquer sur sa joue. Vous suggérez au père de poursuivre ce traitement à la maison pendant environ deux jours ou jusqu'à ce que la réaction s'atténue. Aucun test supplémentaire n'est nécessaire. 🐝

Date de réception : 5 juin 2006

Date d'acceptation : 8 août 2006

Mots clés : piqûres et morsures d'insecte, cellulite, inflammation

La D^{re} Chantal Guimont n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Reisman RE. Insect Stings. *N Engl J Med* 1994 ; 331 (8) : 523-7.
2. Ellis AK, Day JH. Clinical reactivity to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005 ; 5 : 349-54.
3. Brinker D, Hancox JD, Bernardon SO. Assessment and Initial Treatment of Lacerations, Mammalian Bites, and Insect Stings. *AACN Clin Issues* 2003 ; 14 (4) : 401-10.

Summary

A Sting! To the Clinic in a Hurry? Most insect bite reactions are toxic or allergenic inflammatory responses to insect venoms. Some children will suffer from large local reactions that may show up as redness, pruritis, swelling, pain and even sometimes a low-grade fever. These reactions are not necessarily an indication of future systemic allergic reactions. However, they are often mistaken for bacterial cellulitis. *Staphylococcus aureus* or *Streptococcus pyogenes* bacterial cellulitis are rare complications that should be suspected only when the symptoms occur after a 24 hour period following the incident. The bacterial cellulitis diagnosis is essentially clinical. Treatments for local reactions from insect bites consist in removing the stinger, cleaning the wound with mild soap, applying cold compresses or ice packs intermittently, raising the extremity and removing any jewellery or constrictive clothing. A 10 mg/kg dose of an oral nonsteroidal anti-inflammatory drug such as ibuprofen or a 1 to 1.25 mg/kg dose of an anti-histamine such as diphenhydramine may lessen the reactions. Children suffering from large local reactions are at risk of suffering from similar reactions in the future. The parents should be advised about preventive measures to avoid insect bites by covering up exposed skin areas and by using DEET based insect repellents.

Keywords: insect bites and stings, cellulitis, inflammation

4. Fernandez MC, Arredondo NF. Bites, Insects. *eMedicine Journal*. Site Internet : www.emedicine.com/emerg/topic62.htm (Page consultée le 8 mai 2006)
5. Reisman RE. Unusual reactions to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005 ; 5 : 355-8.
6. Bonifazi F, Jutel M, Bil BM et coll. Prevention and Treatment of Hymenoptera Venom Allergy: Guidelines for Clinical Practice. *Allergy* 2005 ; 60 : 1459-70.
7. Flake ZA, Hinojosa JR, Brown M. Is DEET safe for children? *J Fam Pract* 2005 ; 54 (5) : 468-9.
8. Goodyer L, Behrens RH. Short Report: the Safety and Toxicity of Insect Repellents. *Am J Trop Med Hyg* 1998 ; 59 (2) : 323-4.



Médecins omnipraticiens

Avez-vous déjà vu
ce programme ?

(Enschâché avec le présent numéro de la revue.)

