

Une fasciite nécrosante liée aux soins

AM. Mimoune¹, M. Zahda¹, A. Badaoui¹, A. K. Saidi²

1. Service de chirurgie maxillo-faciale, CHU « Saadna Mohamed Abdenour » Sétif
2. Service de chirurgie maxillo faciale, CHU « A Hamid Benbadis » Constantine



Introduction

Les infections cutanées sont fréquentes et banals dans la majorité des cas. Parfois, elles sont graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. En milieu hospitalier, les infections nosocomiales peuvent être induites par les soins médicaux ou para-médicaux.

Deux types d'infections se distinguent: les Dermohypodermites bactériennes nécrosantes ou fasciites nécrosantes et les Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes. Leur prise en charge est Difficile et Couteuse.

Observation

Il s'agit de madame F. A. âgée de 72 ans, retraitée (enseignante de français), aux antécédents de diabète insulino-dépendant et de HTA.

La patiente durant le mois d'octobre 2018, chute de sa propre hauteur et a présenté un traumatisme facial mineur (plaie ouverte de la glabella de 1 cm de longueur). Le choc de la chute et le saignement l'ont alarmé, elle fut transportée à l'hôpital le plus proche où elle a bénéficié de soins de suture par un stagiaire aide soignant non encadré.

La malade est sortante sous traitement médical mais sans aucune consigne selon l'interrogatoire. Trois jours après, elle commence à avoir des lésions de nécrose avec perte de substance, rapidement extensives au niveau de la région de la plaie puis au front, joues, menton. Elle consulte son médecin traitant qui demande une radiographie du crâne face et profil, puis un médecin interniste le 22 octobre 2022 qui demande une TDM orbito-crânienne (figure 1) qui met en route un traitement médical le 28 octobre 2022, sans résultat. Elle est orientée vers un dermatologue le 3 novembre 2022, qui lui-même l'oriente vers l'hôpital où elle a été prise en charge initialement.

Le 07 Novembre la patiente est évacuée vers notre service au niveau du CHU de Sétif (figure 2, 3, 4). L'inspection retrouve de multiples plages de nécrose cutanées faciales bilatérales. Un Bilan paraclinique standard a été pratiqué et retrouve une Glycémie élevée, les Hémocultures sont négatives et le prélèvement de pus note l'absence de germes, la culture est négative.

Nous avons mis en route un traitement médical: Vancomycine, Métronidazole, Céfotaxime, Oméprazole, Enoxaparine, Imipénème, Solumedrol.

La patiente est admise au bloc opératoire pour Prise en charge chirurgicale, qui a consisté en un Débridement S/ AG, Mise à plat et Pansement Gras. Les suites opératoires étaient sans particularités avec Prise en charge infirmière post opératoire (Changement de pansement quotidiens).

La patiente est mise sortante au bout de 21 jours d'hospitalisation, L'évolution était favorable, et a gardé des séquelles esthétiques (ectropion palpébral bilatéral). La Patiente est toujours en suivi actuellement (figure 5, 6: aspect évolutif des lésions à 1 an).



Figure 2



Figure 3



Figure 4



Figure 1



Figure 5



Figure 6

Analyse & Discussion

La Prise en charge initiale de madame F. A. était déficiente lors de la suture: Absence d'hygiène des mains, Ignorance des règles primaires de chirurgie, Pansement septique, Aucun suivi post opératoire. On note également une mauvaise orientation, d'où son retard de prise en charge, Prescription inutile de radiographies standards, Prescriptions médicamenteuses aléatoires, sans aucune documentation, ce qui a décapité le ou les germes (Culture négative). Aucun débridement chirurgical n'a été pratiqué car rien ne remplace la mise à plat chirurgicale y compris le plus puissant des antibiotiques.

Selon les recommandations de la HAS française, Les dermohypodermites bactériennes nécrosantes (DHBN) et fasciites nécrosantes (FN) sont Infections aiguës nécrosantes du derme et de l'hypoderme pouvant atteindre le fascia, comme dans la FN, voire le muscle. Elles s'accompagnent souvent de la production d'endo- et d'exotoxines et leur évolution est souvent fulminante, mettant en jeu le pronostic vital (mortalité entre 20 % et 30 %).

Ce sont des Infections extensives du tissu cellulaire sous cutané¹. Les facteurs de risque sont nombreux, notamment les traumatismes: plaie pénétrante, coupures minimes, brûlures, ampoules, accouchement, interventions chirurgicales de tout type (digestive, gynécologique, ORL, ophtalmologique, orthopédique²). Le diabète^{3,4}, et la prise d'anti-inflammatoires⁵. Le taux étant de 055/100.000 pour les plus de 65 ans⁶. La Bactériologie est variée: Streptocoques, Clostridium, Staphylocoques, Anaérobies⁷.

Leur Prise en charge est chirurgicale: Débridement large, Necrectomie +++, le Dilemme étant le visage. On doit insister sur l'Hygiène et le respect des règles d'asepsie pour tout acte chirurgical y compris dans le post op.

Conclusion

Les DHBN et les FN sont des infections mortelles. La gravité initiale de l'état septique, l'âge et une pathologie sous-jacente sont des facteurs de risque de mortalité. La précocité du geste opératoire dans les premières 24 heures suivant l'admission est un déterminant majeur du pronostic. Tout retard au diagnostic et un attentisme sous antibiothérapie adaptée, peuvent expliquer pour partie un certain nombre d'évolutions défavorables.

Bibliographie

1. E. Grosshans. Classification anatomoclinique, terminologie. Med Mal Infect 2000 ; 30 Suppl4 : 274-9
2. Stevens D. Invasive group A Streptococcus infections. Clin Infect Dis 1992 ; 14 : 2-13.
3. Stone DR, Gorbach SL. Necrotizing fasciitis: the changing spectrum. Dermatologic Clinics 1997 ; 15 : 213-20.
4. Stevens DL. Invasive group A streptococcal disease. Infect Agents Dis 1996 ; 5 : 157-66.
5. Brun-buisson CJ, Saada M, Trunet P, Rapin M, Roujeau J. Haemolytic streptococcal gangrene and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Br Med J 1985 ; 290 : 1786.
6. Kaul R, McGeer A, Low DE, et al. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Am J Med 1997 ; 103 : 18-24.
7. Rouse TM, Malangoni MA, Svchulte WJ. Necrotizing fasciitis: a preventable disaster. Surgery 1982 ; 92 : 765-70.

Coordonnées de l'auteur:

a_mehdi.mimoune@univ-setif.dz

L'auteur déclare qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt