

Cellulite gangreneuse : A propos de cinq cas

M. ABDERRAHMANI - M. SENGOUGA Service de Chirurgie plastique et Reconstructrice
Hôpital Med Seghir Nakache Alger



Introduction

-La maladie dévoreuse de chair ou cellulite gangreneuse est une infection grave nécrosante du derme, de l'hypoderme et de l'aponévrose musculaire. L'appellation globale de dermo-épidermite nécrosante avec ou sans fasciite nécrosante (DHBN-FN) lui a été désignée par consensus. Entre septembre 2017 et septembre 2018 nous avons eu à prendre en charge au service de chirurgie plastique et reconstructrice de l'HCA quatre patients souffrant de DHBN-FN. La porte d'entrée était différente dans les quatre cas. Le pronostic vital a été mis en jeu suite à l'infection. Tous avaient des pertes de substance très étendues au niveau de la jambe suite à de larges excisions et nécrotomies.

Observation n°1

- Le patient A.M âgé de 60 ans sans antécédents particuliers est admis le 16/11/2017 au service de chirurgie plastique et reconstructrice pour fasciite nécrosante de la jambe droite, suite à l'infection d'une plaie du coup de pied.

- A l'admission : on constate un état septique avancé, patient fébrile, localement : douleur intense et la jambe est couverte de bulles échyмотiques qui bientôt (24heures) se transforment en placards de nécrose cutanée engainant la jambe avec des aspects de lymphangite ascendante sur la cuisse.

- Biologiquement, l'état septique est évident: hyperleucocytose, CRP élevés et hypo-albuminémie. On réalise dans un premier temps une avulsion avec prélèvement bactériologique. Une antibiothérapie adaptée est entamée dès réception de l'examen (ECB du pus). Les pansements sont faits selon le protocole du service, et l'on note une amélioration de l'état général du patient ainsi qu'une évolution favorable de la plaie. Après 10(dix) semaines de cicatrisation dirigée et une autogreffe par peau semi-épaisse.



Observation n°2

- La patiente Z.R.S âgée de 29ans, obèse, sans antécédents médicaux particuliers est admise pour prise en charge d'un état septique grave sur dermo-épidermite nécrosante de la paroi abdominale suite à une césarienne il y a 10 jours avant. A son admission, la patiente est dans un état septique grave et présente une hyperleucocytose ainsi qu'une glycémie perturbée. La plaie est infectée. On réalise des prélèvements de pus sur la plaie au cours du premier pansement qui a comporté de larges nécrotomies avec débridement de la plaie, parallèlement aux mesures de réanimation. Un protocole de pansements est instauré et une triple antibiothérapie adaptée au pseudomonas (germe retrouvé) est entamée.



Observation n°3

-La patiente B.Z âgée de 60ans diabétique hypertendue suivie pour polyarthrite rhumatoïde (corticothérapie) admise au service de chirurgie plastique et reconstructrice pour prise en charge d'une plaie chronique de la face antéro-externe de la jambe gauche secondaire à une dermo-épidermite infectée de la jambe. A son admission, la patiente dont l'état général est conservé, présente à la biologie une insuffisance rénale fonctionnelle ainsi qu'une glycémie perturbée. La plaie est infectée. On réalise des prélèvements de pus sur la plaie au cours du premier pansement parallèlement aux mesures de réanimation. Un protocole de pansements est instauré et une antibiothérapie adaptée au pseudomonas (germe retrouvé) est entamée. L'évolution de la plaie est favorable et après 06(six) semaines de cicatrisation dirigée, une autogreffe par peau semi-épaisse est réalisée.



Observation n°4

-Le patient R.K âgé de 72 ans antécédents d'hypertension artérielle compliquée d'un AVC et de pseudarthrose du fémur droit immobilisé par fixateur depuis 06années est admis le 30/04/2018 au service de chirurgie plastique et reconstructrice pour fasciite nécrosante de la jambe droite. A son admission Le patient est fébrile, localement : la douleur est intense et la jambe est couverte de bulles échyмотiques qui bientôt (24heures) se transforment en placards de nécrose cutanée engainant la jambe avec des aspects de lymphangite ascendante sur la cuisse. Biologiquement, l'état septique est évident: hyperleucocytose, CRP élevée et hypo-albuminémie. On réalise dans un premier temps une avulsion avec prélèvement bactériologique. Une antibiothérapie adaptée est entamée dès réception de l'examen (ECB du pus). Les pansements sont faits selon le protocole du service, mais l'évolution est marquée par une extension de la nécrose et du sepsis à la cuisse, nous faisant poser l'indication d'une amputation. L'évolution post opératoire est marquée par une extension des zones d'ischémie cutanée avec de multiples accès d'accidents vasculaires transitoires. Le patient poursuit un protocole de soins en ambulatoire. Il est réadmis le 18/09/2018 pour déhiscence de son moignon d'amputation avec mise à nu du fémur. Il est repris au bloc et une recoupe osseuse est réalisée. La perte de substance sur la cuisse bénéficie le 30/09/2018 d'une autogreffe de peau semi-épaisse. L'évolution post opératoire est favorable.

Observation n°5

-Le patient A.A âgé de 20ans admis pour dermo-épidermite aiguë bactérienne nécrosante de la jambe droite suite à un traumatisme fermé accident de la voie publique (écrasement de jambe). On réalise dans un premier temps une excision large des 2/3 de la circonférence de la jambe droite. Après une période de cicatrisation dirigée de 10jours sous un protocole de pansement, une antibiothérapie à large spectre et une alimentation hypercalorique hyperprotidique la perte de substance est couverte par une greffe.



Discussion

-La dermo épidermite nécrosante avec ou sans fasciite nécrosante est une infection grave, dont la mortalité est proche de 50 %. Son incidence réelle n'est pas connue, mais depuis les années 1980, on constate une augmentation marquée de ces cas d'infection invasive associés à des chocs toxiques ou à des fasciites nécrosantes [1, 2, 3]. C'est une infection bactérienne souvent pluri microbienne, dont le streptocoque β -hémolytique du groupe A est un agent causal important mais seul un prélèvement bactériologique effectué dans de bonnes conditions permet d'identifier les germes responsables [4]. Toutes les localisations ont été décrites, mais la localisation aux membres inférieurs est la plus fréquente.

-- L'infection provoque une nécrose de l'hypoderme et de l'aponévrose superficielle sous-jacente et secondairement du derme. La peau présente de vastes zones de décollement. Dans les formes aiguës ou suraiguës la nécrose se propage de façon parfois foudroyante dans l'aponévrose superficielle ou même en profondeur dans les fascias intermusculaires. Le muscle, en l'absence d'inoculation directe ou de lésion traumatique, est longtemps protégé par la barrière aponévrotique, mais on peut observer des zones localisées de myosite. La rareté des saignements témoigne de l'extension des thromboses vasculaires.

-- Une éfraction cutanée est retrouvée dans 60 à 80% des cas [5,6] elle peut être traumatique ou chirurgicale ou secondaire à une ulcération chronique: ulcère de jambe. La caractéristique de la DHBN-FN est la discordance entre l'apparente discrétion des signes locaux et l'importance des lésions sous-jacentes, qui s'exprime par des signes généraux graves. L'infection débute par un placard inflammatoire avec sensibilité à la pression et un léger œdème. Dans les 24 à 48 heures qui suivent, l'aspect du placard devient foncé et des bulles se forment. Localement: la douleur est intense, croissante, souvent disproportionnée par rapport aux signes locaux. L'œdème est induré, diffus, dépassant les limites peu précises de l'érythème. Les bulles peuvent être hémorragiques et il existe des lésions de nécrose profonde, beaucoup plus évocatrice ainsi qu'une hypoesthésie cutanée [7].

-- La fièvre est habituelle mais non constante. Une tachycardie, une polygnée sont habituelles. Une hypothermie, de l'agitation, un état confusionnel, une hypotension artérielle, une oligo-anurie sont les signes d'un choc septique grave [8] avec dysfonctions d'organes et donc risque de mortalité [9].

-Biologiquement il existe fréquemment une hyperleucocytose, une anémie, une hypoalbuminémie, une insuffisance rénale, une hypocalcémie et une coagulopathie de type CIVD. Les prélèvements pré opératoires sur le foyer de nécrose ainsi que des hémocultures, avant toute antibiothérapie, permettent un diagnostic bactériologique. La radiographie est toujours utile mais elle ne doit pas retarder la décision chirurgicale.

-- Le traitement est basé sur les excisions de tissus nécrosés mais aussi sur une antibiothérapie adaptée.

- La difficulté d'affirmer cliniquement la nécrose rend la décision chirurgicale parfois difficile mais la nécessité d'une exérèse précoce des tissus nécrosés est primordiale.

Conclusion

- C'est une affection rare dont la morbi-mortalité est élevée. L'exérèse chirurgicale précoce en est le traitement mais encore faut il pouvoir affirmer le diagnostic.

- L'importante discordance entre l'apparente discrétion des signes locaux au début et la gravité des signes généraux, fait toute la difficulté du diagnostic de cette affection grave et même mortelle.

Références

- 1-El Bazei P, Lefebvre JC, Otonari JP. Les cellulites bactériennes aiguës. Ann Dermatol Vénérol 1987; 114: 107-17.
- 2-Hogg CW, Schwartz B, Takington DF, Breiman RF, McNeil EM, Engler SJ. The changing epidemiology of invasive group A streptococcal infections and the emergence of streptococcal toxic shock-like syndrome. JAMA 1993; 269: 284-9.
- 3-Davey HD, McGeer A, Schwartz B, et al. Invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada. N Engl J Med 1996; 335: 547-54.
- 4-Book I, Frazer EH. Clinical and microbiological features of necrotizing fasciitis. J Clin Microbiol 1995; 33: 2382-7.
- 5-Kaur R, McGeer A, Low DE, Green K, Schwartz B, Simor AE. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognosis indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Am J Med 1997; 103: 18-22.
- 6-Shore DK, Gottschall L. Necrotizing fasciitis: the changing spectrum. Dermatol Clin 1997; 15: 215-20.
- 7-Bourguail-Villard J, Gauguier-Vahli, Wilkstein EP, et al. Etude rétrospective de 78 cas de fasciites nécrosantes. Ann Dermatol Vénérol 1994; 123 Suppl: 456-8.
- 8-Bone RC, Balk RA, CernFB, Dellinger EP, Fein AM, KlausWA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of intensive therapies in sepsis. Chest 1997; 112: 1606-42.
- 9-Lo Cascio JR, Lerner RG, Swisher A. A new simplified score physiology score (SAPS II) based on a European-North American multicenter study. JAMA 1993; 270: 2567-63.