

La fasciite nécrosante post césarienne : une complication rare

Necrotizing fasciitis post cesarean: a rare complication

K. Harou · R. Oumouloud · AR. El Adib · A. Soummani

Reçu le 21 février 2012 ; accepté le 4 mai 2012
© SFMU et Springer-Verlag France 2012

Introduction

Les complications pariétales décrites après césarienne sont le plus souvent mineures (hématome, suppuration, retard de cicatrisation), cependant certaines complications majeures et graves peuvent se voir d'une façon exceptionnelle parmi lesquelles la fasciite nécrosante (FN) qui constitue une véritable urgence thérapeutique médicochirurgicale. Nous rapportons un cas d'une FN postcésarienne illustrant clairement la gravité de cette pathologie et la difficulté de prise en charge thérapeutique médicale et chirurgicale.

Cas clinique

Une patiente âgée de 36 ans, 4^e geste, 4^e pare, ayant comme antécédent un diabète de type 1 depuis cinq ans admise aux urgences obstétricales au 8^e jour postcésarienne pour fièvre et douleurs abdominales et dont l'examen général retrouvait une patiente avec un score de Glasgow à 14, une tension artérielle à 100/50 mmHg, un pouls à 130 bpm et une température à 38,5 °C. L'examen de la plaie retrouvait une plaie suppurée avec des berges nécrotiques noirâtres et la région abdominale sous ombilicale présentait un érythème et un œdème diffus avec phlyctènes hémorragiques associées à une plage nécrotique cyanique noirâtre mal limitée en carte géographique à mi chemin entre ombilic et symphyse pubienne (Fig. 1). Le bilan biologique d'admission montrait une hémoglobine à 10 g/dl, des plaquettes à 170000 éléments/mm³, des globules blancs à 27000 éléments/mm³,

une glycémie à 2,9 g/l sans acétonurie, des transaminases normales, une urée à 6,5 mmol/l, une créatinine à 90 μmol/l avec une diurèse conservée, des lactates à 2,2 mmol/l et les hémocultures sont pratiquées d'emblée. La patiente a été admise en unité de réanimation sur un tableau de sepsis où le traitement a consisté en un remplissage vasculaire à base de deux litres de cristalloïdes et une antibiothérapie parentérale à base de céphalosporines de troisième génération, amikacine et métronidazole. Dans un deuxième temps, l'exploration chirurgicale retrouvait une nécrose étendue de la paroi abdominale sous ombilicale (peau, graisse et fascias) et l'aspiration a permis le drainage de 200 ml de collection purulente bulleuse nauséabonde. Nous avons réalisé un lavage chirurgical avec une solution de sérum salé isotonique mélangée à la povidone iodée et un débridement large des tissus nécrotiques et l'excès cutanéograsseux suspubien nous a permis la réalisation à la fois d'une nécrosectomie et d'une abdominoplastie sans mobilisation de l'ombilic (Fig. 2). La fermeture cutanée a été réalisée sur deux drains aspiratifs. L'examen bactériologique a révélé la présence d'un streptocoque hémolytique du groupe A et d'un staphylocoque doré sensible à la méthicilline et les hémocultures sont revenues négatives.

Les suites chirurgicales étaient favorables et la patiente est sortie le cinquième jour du postopératoire. Les soins quotidiens ont permis une bonne cicatrisation de la plaie et le résultat clinique et esthétique était satisfaisant après un mois.

Discussion

La FN est une dermohypodermite atteignant la peau, la graisse sous cutanée et se propageant le long des fascias (fascia superficialis, aponévrose superficielle) [1]. Il s'agit d'une complication pariétale rare de la césarienne devenue aujourd'hui anecdotique. Les facteurs de risque en général sont : le diabète (20-30 % des cas), l'obésité, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'alcoolisme, la toxicomanie, la chimiothérapie et les traitements immunosuppresseurs [1]. Dans notre cas le diabète était le seul facteur de risque.

K. Harou (✉) · R. Oumouloud · A. Soummani
Service de gynécologie obstétrique, pôle mère-enfants,
CHU Mohammed VI Faculté de médecine et de pharmacie,
université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc
e-mail : harou.karam@gmail.com

AR. El Adib
Service d'anesthésie réanimation, pôle mère-enfants,
CHU Mohammed VI Faculté de médecine et de pharmacie,
université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc



Fig. 1 Aspect clinique de la fasciite nécrosante
Les flèches noires montrent l'étendu de l'œdème et l'érythème
La flèche blanche montre une plage de nécrose étendue à la peau d'aspect noirâtre, cyanique en carte géographique

Il s'agit d'une infection bactérienne due principalement au streptocoque hémolytique du groupe A dit pyogène et le clostridium perfringens. D'autres bactéries peuvent être mise en cause comme les streptocoques des groupes G, S et B, le staphylocoque aureus et plus rarement le pseudomonas aeruginosa et les entérobactéries [1]. Giuliano et al. [2] avaient décrit deux types de FN bien individualisés sur le plan bactériologique et indissociables sur le plan clinique : la FN de type I, de loin la plus fréquente, caractérisée par l'association de germes anaérobies et aérobies facultatifs et celle de type II, due à un streptocoque hémolytique du groupe A, seul ou associé à un staphylocoque. Le profil bactériologique de notre patiente correspondait au type II de Giuliano.

Sur le plan physiopathologique, la nécrose infectieuse est secondaire à la présence de thromboses au niveau de la microcirculation hypodermique due à l'action des toxines et des enzymes bactériennes entraînant une cascade inflammatoire impliquant essentiellement les cytokines inflammatoires (interleukines, TNF alfa, interféron gamma) [1,3].

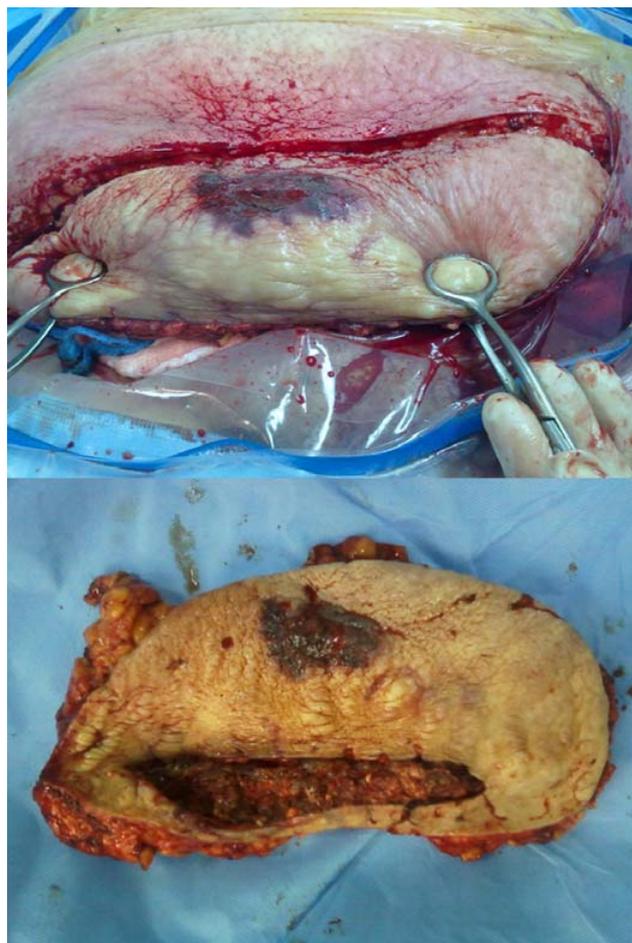


Fig. 2 Exérèse du tablier abdominal emportant la totalité des tissus nécrotiques

Le tableau clinique est dominé par les signes locaux : l'érythème et l'œdème sont diffus, les phlyctènes sont hémorragiques et la nécrose est profonde se manifestant par des taches cyaniques bleu grisées mal limitées en carte géographique, parfois des crépitations à la palpation. Les signes généraux sont dominés par la douleur et la fièvre [1,4]. Dans notre cas la patiente avait présenté un tableau clinique complet.

Le bilan paraclinique est utile pour apprécier la gravité du sepsis et son retentissement sur les fonctions vitales et rechercher une atteinte multiviscérale. L'étude bactériologique permet d'identifier le germe causal et tester sa sensibilité aux antibiotiques et l'hémoculture est systématiquement demandée devant un tableau de sepsis (50 % des hémocultures effectuées chez des patients avec une FN associée à un choc septique sont positives au streptocoque du groupe A) [1,3]. Notre patiente a été admise dans un tableau compliqué de sepsis d'évolution rapide avec des hémocultures qui se sont révélées négatives.

L'évolution se fait en général vers un sepsis sévère voire un choc septique responsable d'une mortalité importante de

l'ordre de 44 % [5]. La précocité du diagnostic et le geste chirurgical initial sont les deux principaux facteurs pronostiques. La prise en charge est médicochirurgicale et comprend en cas de sepsis des mesures de réanimation avec un remplissage vasculaire visant à obtenir une pression artérielle moyenne supérieure à 65mmHg et le recours aux catécholamines (la noradrénaline est l'amine vasoconstricteur de première intention dans le cas de sepsis sévère) s'impose lorsque l'hypotension est réfractaire au remplissage [6]. L'antibiothérapie doit être débutée sans délai avant même les résultats bactériologiques et il est recommandé actuellement dans les atteintes abdominopelviennes une association d'une pénicilline à large spectre (type uréidopénicilline) et d'un imidazolé (métronidazole), éventuellement associée à un aminoside (type amikacine) [1]. Le traitement chirurgical est la mesure thérapeutique décisive dont l'urgence de la mise en œuvre ne peut être différée ; l'excision doit être large emportant l'ensemble des tissus nécrotiques afin de limiter l'extension du processus infectieux, et l'utilisation des techniques d'abdominoplastie permet à la fois d'avoir le bénéfice de l'exérèse large et le bénéfice esthétique [7]. En cas de perte de substance, l'utilisation complémentaire du système VAC (*Vacuum Assisted Closure*) permet une réduction des sécrétions, favorise la circulation et permet une réduction de la taille de la perte de substance en attendant une reconstruction pariétale dans un deuxième temps [8]. Nous avons opté pour une technique d'abdominoplastie sans mobilisation de l'ombilic vu l'importance du tablier abdominal et la surface atteinte.

Le pronostic de la FN semble avoir été progressivement amélioré. La gravité initiale de l'état septique, l'âge, l'existence d'une comorbidité et le retard de la prise en charge chirurgicale sont les principaux facteurs de mortalité [9]. La FN post césarienne comme l'illustre notre cas est de bon pronostic puisqu'elle concerne en général des femmes jeunes à condition d'une prise en charge adaptée et précoce.

Conclusion

La FN est une complication pariétale infectieuse rare de la césarienne. Malgré le progrès de la réanimation et de l'antibiothérapie elle reste une affection grave nécessitant une prise en charge médicochirurgicale urgente. Son pronostic dépend essentiellement de l'âge, de l'existence de comorbidité et la précocité de prise en charge initiale.

Conflits d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Société française de dermatologie. Conférence de consensus (2001) Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Ann Dermatol Venereol* 128:463–82
2. Giuliano A, Lewis F Jr, Hadley K, Blaisdell FW (1977) Bacteriology of necrotizing fasciitis. *Am J Surg* 134:52–7
3. Machado NO (2011) Necrotizing fasciitis: The importance of early diagnosis, prompt surgical debridement and adjuvant therapy. *North Am J Med Sci* 3:107–18
4. Morgan MS (2010) Diagnosis and management of necrotizing fasciitis: A multiparametric approach review. *J Hosp Infect* 75:249–57
5. Elliot DC, Kufera JA, Myers RA (1996) Necrotizing soft tissue infections. Risk factors for mortality and strategies for management. *Ann Surg* 224:672–83
6. Vallet B, Wiel E, Lebuffe G (2006) Traitements non infectieux du choc septique. *Presse Med* 35:533–40
7. Schumacher H, Tehrani H, Irwin MS, Malata CM (2008) Abdominoplasty as an adjunct to the management of peri-Caesarian section necrotising fasciitis. *J Plast Reconstr Aesth Surg* 61:807–10
8. Kumar S, O'Donnell ME, Khan K, et al (2008) Successful treatment of perineal necrotizing fasciitis and associated pubic bone osteomyelitis with the vacuum assisted closure system. *World J Surg Oncol* 6:67
9. McHenry CR, Piotrowski JJ, Petrinic D, Malangoni MA (1995) Determinants of mortality for necrotizing soft tissue infections. *Ann Surg* 221:558–63