

**La Fasciite Nécrisante Du
Membre Supérieur****(A Propos De 10 Cas Avec
Revue De La Littérature)****The Necrosant Fasciitis Of
The Superior Member****(About 10 Cases With
Literature Review)****El Yacoubi T *, Mokhchani Y, Benyass Y,
Boukhriss J, Chafry B, Benchebba D,
Bouabid S, Boussouga M.**

RESUME

La fasciite nécrosante est une infection rare, rapidement extensive et potentiellement mortelle. La localisation au membre supérieur est plus rare. Les séquelles fonctionnelles et cicatricielles ne sont pas négligeables. L'amélioration du pronostic passe indiscutablement par une prise en charge précoce. Les auteurs rapportent dix cas de fasciite nécrosante du membre supérieur colligés au service de chirurgie de traumatologie et orthopédique II, de l'Hôpital Militaire d'Instruction

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

* Service de Traumatologie et Orthopédie II, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

Mohamed V de Rabat, durant une période de sept ans. L'âge moyen des patients a été de 34 ans avec prédominance masculine. Le tableau clinique est dominé par une douleur du membre atteint avec érythème et œdème. Le traitement a débuté dès le diagnostic suspecté et a consisté en débridement large avec nécrosectomie, en libérant ainsi le champ à l'action des antibiotiques, ainsi qu'une oxygénothérapie hyperbare qui n'a été conduite que chez cinq patients. L'évolution a été marquée par l'amélioration locale et générale chez la majorité des patients.

MOTS-CLÉS : fasciite nécrosante, membre supérieur, chirurgie

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis is a rare infection; rapidly extensive and potentially lethal; the Localization to the upper limb is rarer and better prognosis; functional and scarring sequelae are not negligible; The improvement of the prognosis depends on an early management; The authors report ten cases of necrotizing fasciitis of the upper limbs collected in the service of traumatology and orthopedic surgery II, of the Military Instruction Hospital Mohamed V in Rabat during a period of seven years; Average age 34 years, predominantly male.

Clinical signs are characterized by pain of the affected limb with erythema and edema; Treatment started from suspected diagnosis and consisted of broad debridement and the necrosectomy thus releasing the field with the action of

antibiotics; furthermore, hyperbaric oxygen therapy has been conducted in only five patients. The evolution was marked by local and general improvement in the majority of patients

Keywords: Necrotizing fasciitis, upper limb, surgery

INTRODUCTION

La fasciite nécrosante est une infection grave des tissus sous cutanés profonds et des fascias hypodermiques avec nécrose cutanée secondaire. Les muscles sous jacents seront épargnés jusqu'à un stade avancé. La diffusion des lésions au-delà du seul membre supérieur met en jeu le pronostic vital. Les germes responsables sont variés (streptocoques fréquemment, flore pluri-microbienne dans plus de la moitié des cas). Cliniquement, différencier une infection nécrosante d'une infection commune des tissus mous est à la fois difficile quand la nécrose cutanée ne domine pas le tableau clinique. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale dont la prise en charge repose sur trois piliers (excision chirurgicale précoce, antibiothérapie à large spectre et la réanimation).

MATERIEL ET METHODES

Nous rapportons une série de dix cas de fasciite nécrosante du membre supérieur colligés au service de traumatologie orthopédie II de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat, durant la période 2010-2016. Ils s'agissaient de six hommes et quatre femmes. L'âge moyen de nos patients était de 34 ans. Une pathologie associée est retrouvée chez cinq patients. La porte d'entrée est retrouvée chez quatre patients. Le délai entre le début de la symptomatologie et le

diagnostic était en moyenne de six jours. Le motif de consultation était une douleur importante du membre atteint avec érythème induré et œdèmes. L'examen clinique a objectivé une nécrose cutanée chez cinq patients. La fièvre et l'altération de l'état général étaient constantes et d'importance variable. Les germes isolés étaient (streptocoque beta- hémolytique groupe A chez six cas, deux cas de staphylocoque et deux cas de pseudomonas aeruginosa). Le traitement était chirurgical chez tous nos patients qui ont reçu un parage chirurgical avec drainage de pus chez trois patients, une mise à plat avec drainage et nécrsectomie suivie d'une greffe cutanée chez six patients, ainsi une amputation avec désarticulation du 4ème métacarpien a été réalisée chez un seul patient. Une hospitalisation en service de réanimation s'est avérée nécessaire chez trois patients. L'antibiothérapie par voie parentérale a été employée chez tous nos cas. Une rééducation précoce a été réalisée chez tous nos patients pour conditionner le pronostic fonctionnel. Enfin l'oxygénothérapie hyperbare a été employée chez cinq patients.

RESULTATS

L'évolution a été favorable dans la majorité des cas (**fig. 1-2**). L'infection fut guérie et une prise de greffe avec une bonne cicatrisation dans tous les cas. La conservation d'une mobilité satisfaisante des membres atteints chez neuf cas. Cependant, une raideur séquellaire étendue a été notée chez un seul patient malgré la rééducation.

DISCUSSION

La fasciite nécrosante reste une infection relativement rare. Les données

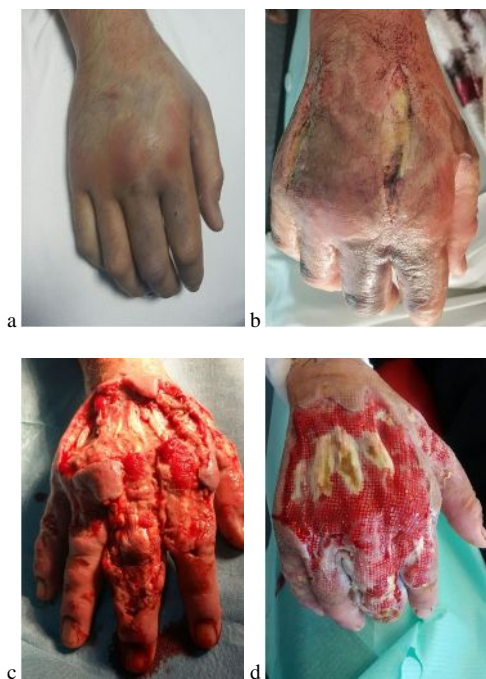


Fig 1: a .b : Evolution d'une fasceiite nécrsante au niveau du dos de la main
 c : Résultat après necrosectomie
 d : Tissu de granulation obtenu avant greffe dermo-épidermique

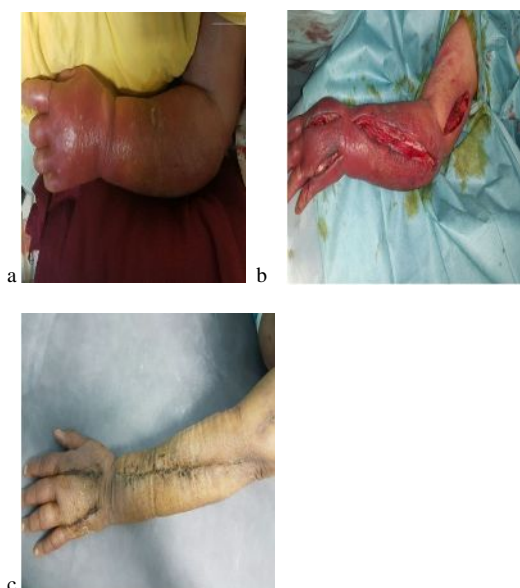


Fig 2: a : Fasceiite nécrsante du membre supérieur au stade intermédiaire
 b : Résultat après mise à plat et drainage
 c : Montrant une bonne cicatrization

épidémiologiques sont par ailleurs peu nombreuses. Son incidence n'est ainsi pas connue avec précision ne serait-ce que du fait des multiples termes utilisés dans la

littérature pour décrire une même entité (1).

En 1924, Meloney (2) rapporte des cas d'éruption de gangrène hospitalière à Pékin et note l'association avec le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Ces cas seront appelés gangrène de Meloney pendant plusieurs décennies ; Devant l'extension rapide de cette infection, il est le premier à recommander l'excision chirurgicale précoce.

Selon la littérature(3), la fasceiite nécrsante des membres est une maladie pouvant survenir à tout âge. L'âge avancé étant considéré comme un facteur de risque. Par ailleurs, les fasceiites nécrsantes sont localisées au niveau des membres dans deux tiers des cas avec une nette prédominance des localisations au membre inférieur par rapport au membre supérieur. Singh (4) en 2002, lors d'une étude prospective de 75 cas de fasceiite nécrsante rapporte 23 % de localisations au membre supérieur.

Les comorbidités médicales ont été retrouvées chez 50% de nos patients dont la plupart sont des diabétiques, ce qui rejoint la série de Pessa et Howard (5) qui rapportent 79% des pathologies associées.

En effet, De nombreux auteurs incriminent les AINS: 70% des cas selon Rimailho et coll (6) 50% selon Roujeau (7). Ces anti-inflammatoires peuvent induire une inhibition de l'adhérence des polynucléaires altérant ainsi la phagocytose et une inhibition de la capacité bactéricide des macrophages (8). Dans notre série, la prise récente d'AINS a été relevée chez trois cas ayant ainsi retardé le diagnostic et aggravé le tableau clinique.

Le diagnostic de fasciite nécrosante est clinique reposant sur une grande toxicité systémique et sur une douleur sévère, mais ces signes peuvent manquer (9). Il y a en outre des formes subaiguës, en particulier chez des sujets âgés ou diabétiques, qui nécessitent de remettre en question le diagnostic clinique de manière pluriquotidienne. Dans son étude sur 96 cas, Straberg (10) confirme que le principal motif de consultation chez la majorité de leurs patients était le syndrome inflammatoire du membre atteint avec phlyctènes. En fait, il n'y a pas de corrélation entre la réalité des atteintes sous-jacentes et l'atteinte cutanée qui peut être faussement rassurante. Dans notre série, le diagnostic était évident et les signes classiques ont été retrouvés chez tous les patients au niveau du membre supérieur.

En pratique il est toujours utile de réaliser des radiographies standards des tissus mous pour rechercher la présence de gaz dans les parties molles, qui signe la nécrose. Dans la série de Fisher et coll. (11), des clichés standards ont été pratiqués chez les 26 patients de la série, ils constatent ainsi la présence d'emphysème sous cutané en particulier chez les patients diabétiques. Par contre, Les examens d'imagerie plus sophistiqués, tels que l'IRM, ne se discutent en pratique qu'en cas de doute diagnostique sur la localisation anatomique et pour tenter de préciser l'extension en profondeur des lésions. Pouvant ainsi aider à la décision chirurgicale.

Le diagnostic microbiologique repose sur la bonne qualité des prélèvements pré- et peropératoires et les hémocultures qui permettent d'identifier les germes

responsables et guider l'antibiothérapie. En effet, l'agent causal le plus important de la fasciite nécrosante est le streptocoque beta-hémolytique du groupe A. Ce dernier a été mis en évidence dans les prélèvements de six patients de notre série.

Le traitement chirurgical précoce est le seul paramètre qui est le plus associé à la survie de ces patients. MC Henry et al (3) dans sa série de 65 malades, a trouvé que le délai moyen entre l'admission et l'intervention est de 25 heures chez les survivants et de 90 heures chez les décédés. En fait, le traitement chirurgical a pour but de lever les obstacles (nécrose, thrombose vasculaire) à l'efficacité des antibiotiques et de stopper le processus infectieux sans se préoccuper des conséquences esthétiques ou fonctionnelles du geste chirurgical. Par contre, dans notre série, on a essayé de préserver au maximum les zones cutanées viables, ce qui rejoint les travaux de Brun-Buisson (12), qui préconise de limiter lors du geste initial, l'étendue des excisions aux zones franchement dévitalisées et nécrotiques, quitte à compléter celle-ci lors d'un second-look effectué dans les 24 heures suivantes.

En pratique, l'utilisation de l'oxygénothérapie hyperbare dans le traitement des fasciites nécrosantes est toujours controversée. Certaines études, rapportent une diminution de la mortalité (13) ; Il paraît que son intérêt porte sur sa capacité à détruire certains anaérobies (bactériostase du *Clostridium*), à augmenter la capacité antimicrobienne des neutrophiles, à réduire l'œdème, à stimuler la croissance des fibroblastes et augmenter

celle des collagènes, à favoriser l'angiogenèse et la cicatrisation.

Enfin, le pronostic des fasciites nécrosantes est largement influencé par la sévérité initiale de l'état septique, l'âge, les pathologies sous jacentes et le délai de la prise en charge (14). Dans notre série, l'évolution était favorable chez la majorité des patients grâce à la précocité de la prise en charge thérapeutique et à la variation des prescriptions, ce qui impose dans le futur le recours à un schéma codifié et homogène.

CONCLUSION

La fasciite nécrosante est une grande urgence médico-chirurgicale dont la rapidité de l'évolution impose l'établissement du diagnostic le plutôt possible, afin de diminuer le risque de mortalité et des séquelles fonctionnelles invalidantes. Il semble évident que la précocité du geste chirurgical est capitale, sinon vitale dans le traitement de la fasciite, constituant le plus important facteur pronostique.

REFERENCES

- 1- Société de pathologie infectieuse de langue française et Société française de dermatologie. Conférence de consensus. Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Med Mal Inf* 4 (2000): 247-72.
- 2- Brewer GE, Meleney FL. Progressive gangrenous infection of the skin and subcutaneous tissues, following operation for acute perforative appendicitis: a study in symbiosis. *Ann Surg* 84 (1926): 438-50.
- 3- Mc Henry C, Piotrowsky JJ, Petrinic D, Malagonie MA, Determinants of mortality for necrotizing soft-tissue infections *Ann Surg*, 221 (1995): 558-565.
- 4- Singh G, Sinha SK, Adhikary S, Babu KS, Ray P, et al. Necrotizing infections of soft tissues-a clinical profile. *Eur J Surg* 168 (2002): 366-71.
- 5- Pessa ME, Howard RJ, Necrotizing fasciitis *Surgery* 157 (1983): 197-200.
- 6- Rimailho A, Riou B, Richard C, Auzepy P, Fulminant necrotizing fasciitis and non-steroidal anti-inflammatory drugs *South Med J*, 84 (1991): 785-7.
- 7- Roujeau JC, Saiag P, Fasciitis microbiennes *Rev. prat.* 14 (1988): 801-807.
- 8- Robin .M, Himmich H, Rapin M. cellulite streptococcique fulminante .importance du choc hypovolemique. *Nouv-PressMed* 5(1976): 192-194
- 9- Wysoki MG, Santora TA, Shah RM, et al. Necrotizing fasciitis: CT characteristics. *Radiology* 203 (1997): 859-63.
- 10- Strasberg SM, Silver MS, Hemolytic streptococcus gangrene *Am J Surg* 115 (1998): 763-8.
- 11- Fisher JR, Conway MJ, Takesishita RT, Sandvall MR, Necrotizing fasciitis importance of roentgenographic studies for soft tissu gras *JAMA* 241 (1997): 803-6.
- 12- Brun-Buisson C & al, Conférence de consensus, texte des experts: quatrième question: stratégie de prise en charge des fasciites nécrosantes *Ann Dermatol Venerol* 128 (2001): 394-40.
- 13- Riseman JA, Zamboni WA, Curtis A, Graham DR, Konrad HR, et al. Hyperbaric oxygen therapy for necrotizing fasciitis reduces mortality and the need for debridements. *Surgery* 108 (1990): 847-50.
- 14- Bosshardt TL, Henderson VJ, Organ CH jr, Necrotizing Soft tissues infection, *Arch Surg*, 131 (1996): 846-56.

