



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/annpla



CAS CLINIQUE

Dermohypodermite bactérienne nécrosante avec fasciite nécrosante : complication d'une installation opératoire ?

Necrotizing fasciitis: Complication of patient positioning?

V. Médard de Chardon ^{a,*}, N. Guevara ^b, L. Lattes ^b,
S. Converset-Viethel ^b, Y. Riah ^a, E. Lebreton ^a,
J. Santini ^b, T. Balaguer ^a

^a Service de chirurgie plastique réparatrice et esthétique et chirurgie de la main, hôpital Saint-Roch, 5, rue Pierre-Dévoluy, 06000 Nice, France

^b Service de chirurgie ORL et cervicofaciale, hôpital Pasteur, 30, voie Romaine, 06000 Nice, France

Reçu le 4 avril 2007; accepté le 8 juillet 2007

MOTS CLÉS

Fasciite nécrosante ;
Infection des parties molles ;
Dermohypodermite bactérienne nécrosante

Résumé La dermohypodermite bactérienne nécrosante avec fasciite nécrosante (DHBN-FN) est une infection nécrosante de l'hypoderme, de l'aponévrose musculaire et secondairement du derme. Dans les formes aiguës et suraiguës, l'infection se propage de façon parfois foudroyante le long des aponévroses pouvant conduire au décès dans les 18 heures. La mortalité moyenne, rapportée dans la littérature, est de 30 %. Il s'agit d'un homme de 65 ans, aux antécédents de maladie de Vaquez (sous Hydréa au long cours) et de tabagisme, pris en charge pour un carcinome épidermoïde de la corde vocale gauche (T2 N0 M0). Le traitement carcinologique a consisté en un évidement ganglionnaire cervical fonctionnel suivi d'une trachéotomie puis d'une laryngectomie partielle de type crico-hyoido-epiglotto-pexie (CHEP). À la fin de l'intervention, lors de l'ablation des champs opératoires, il a été constaté que la canule de Montandon (et son raccord au respirateur), mise en place lors de la trachéotomie, avait migré et était placée en appui entre la face interne du bras gauche et la face latérale de l'hémithorax gauche. Il existait une empreinte cutanée avec ecchymoses en regard du trajet de la canule. Au deuxième jour postopératoire, une DHBN-FN s'est rapidement développée sur l'hémithorax gauche, la face interne du bras gauche et la hanche gauche, sans infection du site opératoire. La microbiologie était monobactérienne à *Escherichia coli*, identifiée dans les sécrétions trachéales et sur les prélèvements peropératoires

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : v.mdc@mac.com (V. Médard de Chardon).

des trois sites. L'hypothèse évoquée de cette DHBN-FN a été la contamination cutanée de la paroi thoracique par les sécrétions trachéales colonisées à *E. coli*, dont la pénétration a été favorisée par le traumatisme cutané lié à la canule de Montandon. Nous rappelons, par l'analyse de cette complication gravissime, les principes de la prise en charge de cette pathologie dont le diagnostic et l'excision chirurgicale doivent être le plus précoce possible. Ce cas, certes exceptionnel, mais survenu au décours d'une chirurgie réglée et de pratique courante, souligne l'importance de l'installation au bloc opératoire, des mesures élémentaires de protection des points d'appui et de la bonne fixation des canules (et de leur raccord).

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Bacterial necrotizing dermis-hypodermatitis;
Necrotizing fasciitis;
Soft tissue infection

Summary Necrotizing fasciitis is a hypodermis, muscular fascia then dermis necrotizing infection. It disseminates along fascias with a mortality sometimes within 18 hours. The average mortality, reported in the literature, is about 30%. A 65-year-old man, with a history of Vaquez disease (under hydroxurea) and a smoke addiction, had an epidermoid carcinoma of the left vocal cord (T2 N0 M0). The carcinologic treatment consisted on a fonctionnal lymph node evidentment, followed by a tracheotomy then by a partial laryngectomy. At the end of the intervention, after removal of operative fields, it was noticed that the Montandon cannula had slid and was between the medial side of the left upper limb and the lateral side of the chest. There was a cutaneous imprint with ecchymosis on the route of the cannula. At the second postoperative day, a necrotizing fasciitis quickly developed on the left side of the chest, the medial side of the left upper limb, and the left hip without infection of the operating site. An *Escherichia coli* was identified in tracheal secretions and operative samples. The presumed hypothesis of this necrotizing infection is the cutaneous contamination of the thoracic wall by tracheal secretions colonized by *E. coli*, whose penetration was induced by the cutaneous traumatism due to the cannula. We remind, by analyzing this unusual case, the caring principles one of which diagnosis and the surgical excision must be as premature as possible. We insist on the elementary measures of protection of the support points and the good binding of cannulas.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

La dermohypodermite bactérienne nécrosante avec fasciite nécrosante (DHBN-FN) est une infection nécrosante de l'hypoderme, de l'aponévrose musculaire et secondairement du derme. Dans les formes aiguës et suraiguës, l'infection se propage de façon parfois foudroyante le long des aponévroses pouvant conduire au décès dans les 18 heures. La mortalité moyenne, rapportée dans la littérature, est de 30 % [1].

Nous rapportons le cas d'une DHBN-FN, sans infection du site opératoire, compliquant l'installation d'un patient pour une laryngectomie partielle.

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 65 ans, aux antécédents de maladie de Vaquez (sous Hydréa au long cours) et de tabagisme, pris en charge pour une tumeur maligne (carcinome épidermoïde) de la corde vocale gauche remontant sur la bande ventriculaire gauche (T2 N0 M0). Le traitement carcinologique a consisté en un évidement ganglionnaire cervical fonctionnel suivi d'une trachéotomie puis d'une laryngectomie partielle de type crico-hyoïdo-épiglotte-pexie (CHEP). La durée opératoire a été de trois heures et une antibioprophyaxie systématique par amoxicilline-acide clavulanique (3 g/j) a été débutée.

À la fin de l'intervention, lors de l'ablation des champs opératoires, il a été constaté que la canule de Montandon (et les raccords du respirateur), mise en place lors de la tra-

chéotomie (une heure et trente minutes avant la fin de l'intervention), avait migré et était placée en appui entre la face interne du bras gauche et la face latérale de l'hémithorax gauche. Il existait une empreinte cutanée avec ecchymoses en regard du trajet de la canule. Nous rappelons que le raccord au respirateur est mis en place en peropératoire par l'équipe anesthésique qui l'immobilise à la paroi thoracique par des adhésifs et prévient les points d'appui par l'interposition d'une gélouse.

Au deuxième jour postopératoire, il existait un placard inflammatoire peu douloureux de la face antérolatérale de l'hémithorax gauche et de la face interne du bras gauche sans extension notable des lésions ecchymotiques initiales, une fièvre à 38,8 °C associé à un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 300 et taux de leucocytes normal à 6200/mm³). L'état général et hémodynamique étaient conservés. La prise en charge a consisté en la réalisation d'un bilan bactériologique (hémocultures aéro-anaérobies système FAN, écouvillonnage des sécrétions pérित्रachéales), un dosage des enzymes musculaires (taux normal), une tomодensitométrie cervicofaciale et thoracique avec injection de produit de contraste qui retrouvait un épaississement homogène non significatif des parties molles. Le diagnostic de dermohypodermite bactérienne aiguë était alors posé sans pouvoir préjuger du caractère nécrosant ou non de l'infection. Une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique (4 g/j) et gentamycine était instaurée par les infectiologues et après avoir dessiné les limites lésionnelles, nous décidions d'une surveillance clinicobiologique pluriquotidienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184867>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184867>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)