



CAS CLINIQUE

Fasciite nécrosante tardive : une complication de la chirurgie de l'incontinence urinaire par bandelette sous-urétrale

Delayed necrotizing fasciitis: A complication of stress incontinence surgery by suburethral sling

A.-S. Tholozan^{a,*}, T. Delapparent^b, J.-J. Terzibachian^b, F. Leung^c,
A. Govyadovskiy^b, R. Maillet^a, D. Riethmuller^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire de Besançon, 2, place Saint-Jacques, 25030 Besançon, France

^b Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier de Belfort Montbéliard, site de Belfort, 14, rue de Mulhouse, 90000 Belfort, France

^c Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, site de, Montbéliard, 2, rue du Dr-Flamand, 25200 Montbéliard, France

Reçu le 18 juillet 2013 ; accepté le 6 janvier 2014

Disponible sur Internet le 20 mai 2014

Résumé

Nous rapportons le cas d'une fasciite nécrosante survenue 10 ans après la pose d'une bandelette sous-urétrale par voie rétropubienne indiquée pour une incontinence urinaire d'effort chez une patiente âgée de 50 ans. Cette infection extensive a engagé le pronostic vital. Ce type de complication septique grave lié à l'implant synthétique sous-urétral est rarissime et probablement sous-estimé. Ces infections surviennent le plus souvent dans l'année qui suit l'implantation et sont invariablement liées à une exposition vaginale de la prothèse.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report a 50-year-old woman case with an extensive necrotizing fasciitis (NF). The NF appeared 10 years after a tension free vaginal tape procedure for urinary stress incontinence. Vital prognosis was engaged due to the initial sepsis severity. This kind of complication is rare and could be under estimated. NF usually appear soon after surgery, whatever within the year following implantation. Anyway, NF are always related to a vaginal erosion of the tape.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Bandelette sous-urétrale ; Complications ; Fasciite nécrosante

Keywords : Suburethral sling; Complications; Necrotizing fasciitis

I. INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) féminine a connu depuis 1996 une révolution avec l'utilisation de dispositifs synthétiques de soutènement urétral. Ces procédés se sont imposés au fil des années en s'enrichissant de variantes relatives aux matériaux utilisés et

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : annesarah@free.fr (A.S. Tholozan).

à la technique de pose. Cette chirurgie, aussi simple et sûre qu'elle puisse paraître, connaît cependant des complications. Parmi celles-ci, les complications infectieuses sont à dissocier. Elles sont redoutées comme pour toute chirurgie comportant un renfort prothétique synthétique et peuvent être d'une extrême gravité. La gangrène gazeuse est la forme la plus sévère. Elle se présente sous la forme d'une dermohypodermite extensive et quelques fois sous la forme d'une fasciite nécrosante. Moins de 10 observations de ce dernier type de complications ont été rapportées dans la littérature [1–6]. Elles sont survenues dans tous les cas précocement, tout au plus dans les 6 mois qui ont suivi la pose de la bandelette sous-urétrale (BSU) et ont été invariablement liées à une érosion vaginale. Nous rapportons le cas d'une fasciite nécrosante survenue 10 ans après la pose d'une bandelette sous-urétrale.

2. OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans avec pour seul antécédent, la chirurgie d'une IUE par la pose d'une BSU selon le procédé Tension free Vaginal Tape (TVT) avec le matériel IVS Tunneler[®], réalisée 10 ans plus tôt. Elle a présenté un syndrome infectieux associant une fièvre à 39 °C, une altération de l'état général et une douleur sus-pubienne en regard d'un placard inflammatoire. Ailleurs, l'examen physique a retrouvé une exposition « millimétrique » de la bandelette sur l'axe médian en regard de l'urètre, non symptomatique, sans écoulement génital associé. La mise à plat de cet abcès a été indiquée avec une large incision et un drainage de la loge par une lame de Delbet[®]. Une résection aussi étendue que possible de la prothèse exposée a été réalisée par voie vaginale. L'explantation des brins distaux n'a pu être autorisée à ce stade par l'abord sus-pubien compte tenu d'une cellulite intense. Les résultats bactériologiques in situ ont retrouvé la présence d'une flore anaérobie polymorphe. Un traitement antibiotique a été instauré par voie parentérale associant amoxicilline–acide clavulanique et métronidazole. L'évolution a été favorable sur le plan général et local jusqu'au huitième jour où sont apparus un syndrome septique et une infiltration inflammatoire extensive des deux flancs, du périnée, et du tiers supérieur de la cuisse gauche associée à une cellulite crépitante. Un examen tomодensitométrique (TDM) a montré la présence de clartés gazeuses au sein de cette infiltration (Fig. 1). Le diagnostic de fasciite nécrosante posé, il a été effectué des incisions de décharges multiples et ciblées (Fig. 2). Une séance d'oxygénothérapie hyperbare a complété cette intervention. Des soins locaux ont été répétés sous anesthésie générale associant nécrosectomie et débridement. Ils ont été complétés au début par des pansements à aspiration continue de type VAC[®]. Au 35^e jour, devant la récurrence d'un placard inflammatoire diffus du flanc gauche et de la région sus-pubienne, un nouvel examen TDM a retrouvé outre l'aspect d'une cellulite extensive, la persistance de clartés gazeuses diffuses. Il a été décidé une nouvelle réévaluation chirurgicale qui a permis le retrait du brin du côté gauche (Fig. 3). Le segment du côté droit a été jugé inextirpable dans sa totalité compte tenu d'un risque vésical. D'autres reprises chirurgicales ont été indiquées jusqu'au 63^e



Fig. 1. TDM à j8 : fasciite nécrosante extensive avec placard inflammatoire de la paroi abdominale et présence de clartés gazeuses.



Fig. 2. Différentes incisions de décharge ciblées.

jour, motivées pour répondre à l'évolution. Celle-ci a été enfin favorable sur le plan clinique. Cependant, l'imagerie TDM au 70^e jour a retrouvé la persistance d'un segment résiduel de la bandelette.



Fig. 3. Ablation du brin rétropubien du côté gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951510>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951510>

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