

Cas clinique

Fasciite nécrosante du périnée secondaire à un traitement chirurgical d'un abcès de la glande de Bartholin

Necrotizing fasciitis of the perineum secondary to a surgical treatment of Bartholin's gland abscess

M. Kdous *, R. Hachicha, Y. Iraqui, D. Jacob, P.-M. Piquet, J.-B. Truc

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 21 janvier 2005 ; accepté le 27 juin 2005

Disponible sur internet le 21 octobre 2005

Résumé

La fasciite nécrosante du périnée est un processus infectieux rare mais d'évolution rapide et potentiellement fatale. Elle est caractérisée par une inflammation progressive et une nécrose extensive du tissu sous-cutané envahissant le fascia et les tissus adjacents. Cette infection peut être idiopathique ou le plus souvent secondaire à un traumatisme local ou à une chirurgie périnéale. Son taux de mortalité est estimé à 20 %. Nous rapportons le cas d'une fasciite nécrosante du périnée consécutive à un traitement chirurgical d'un abcès de la glande de Bartholin par incision-drainage chez une femme âgée de 34 ans. Les prélèvements bactériologiques ont isolé un streptocoque A, un *Proteus mirabilis*, un *Escherichia coli* et un *Candida albicans*. Une antibiothérapie précoce à large spectre a été instaurée par voie intraveineuse associée à un débridement de tous les tissus nécrosés. Le traitement postopératoire est long avec des pansements itératifs coordonnés aux traitements complémentaires jusqu'à cicatrisation définitive. La fasciite nécrosante du périnée est une urgence chirurgicale. Un diagnostic précoce et un débridement large des tissus infectés sont les clés du succès thérapeutique.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Necrotizing fasciitis of the perineum is a rare but of fast evolution, and potentially fatal infectious disease process. It is characterized by progressive inflammation and extensive necrosis of subcutaneous tissue involving the fascia and other adjacent tissues. This infection may be idiopathic or secondary to local trauma or pelvic surgery. Its mortality rate is 20%. We report a case of necrotizing fasciitis of the perineum in a 34-year-old woman following incision and drainage of Bartholin's gland abscess. Streptococcus A, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, and *Candida albicans* were isolated. Intravenous broad spectrum antibiotic therapy was promptly instituted. Concurrent surgical debridement of all necrotic areas was required. Post debridement therapy required a long period of dressing changes until cicatrisation. Necrotizing fasciitis of the perineum is a surgical emergency. Early diagnosis and prompt aggressive debridement are the keys to successful management.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Fasciite nécrosante ; Périnée ; Glande de Bartholin ; Débridement chirurgical

Keywords: Necrotizing fasciitis; Perineum; Bartholin's gland; Surgical debridement

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kdousm@excite.com (M. Kdous).

1. Introduction

La cellulite ou fasciite nécrosante ou gangrène gazeuse du périnée est une infection bactérienne aiguë à caractère extensif et nécrotique des parties molles périnéales. Il s'agit d'une pathologie relativement rare, mais grave et grevée d'une mortalité importante. Elle survient souvent sur une lésion suppurée de la région urogénitale ou anorectale. Son diagnostic précoce peut être difficile lorsqu'il s'agit d'une complication d'une chirurgie périnéale. Les modalités thérapeutiques sont encore discutées, en particulier l'étendue des parages et des débridements.

2. Cas clinique

Mme P. A., âgée de 34 ans, sans antécédents pathologiques notables, a été opérée le 5 avril 2003 d'une bartholinite gauche, par incision–drainage. Les prélèvements bactériologiques peropératoires ont isolé un streptocoque A multisensible. La patiente a été mise en postopératoire sous Augmentin® à la dose de 3 g/jour per os. Au troisième jour postopératoire (j3), une reprise chirurgicale a été jugée nécessaire en raison de l'extension de l'inflammation locale. Un nouveau drainage a été effectué avec mise en place d'une lame de Delbet. L'évolution a été marquée par l'apparition, deux jours plus tard, d'une douleur pelvipérinéale intense associée à un syndrome infectieux sévère (fièvre à 39 °C, frisson, subictère, hyperleucocytose à 22 000 et CRP à 210). L'examen de la région périnéale a mis en évidence une zone de nécrose cutanée située en dehors de la grande lèvre gauche descendant vers l'anus et s'étendant progressivement à la face interne de la cuisse gauche, au pubis et à l'aile iliaque gauche. Le scanner abdominopelvien a montré un aspect de cellulite au niveau de la grande lèvre gauche sans atteinte de la loge ischiorectale, mais fusant vers la région crurale gauche (Figs. 1 et 2). Une mise à

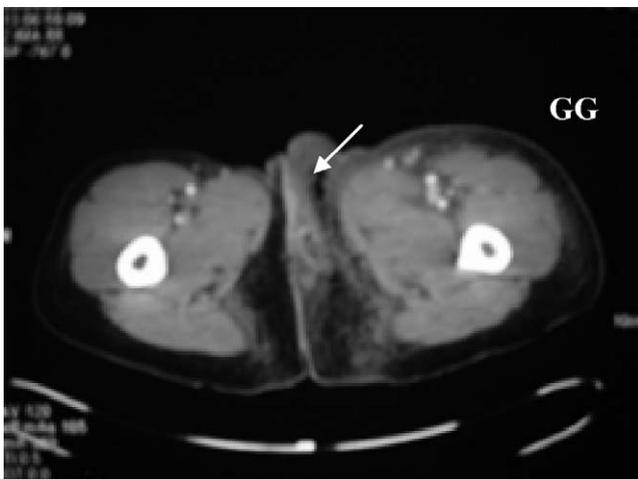


Fig. 1. Infiltration de la graisse périnéale prédominante au niveau de la grande lèvre gauche avec présence de bulles d'air évoquant une infection à anaérobies (flèche).

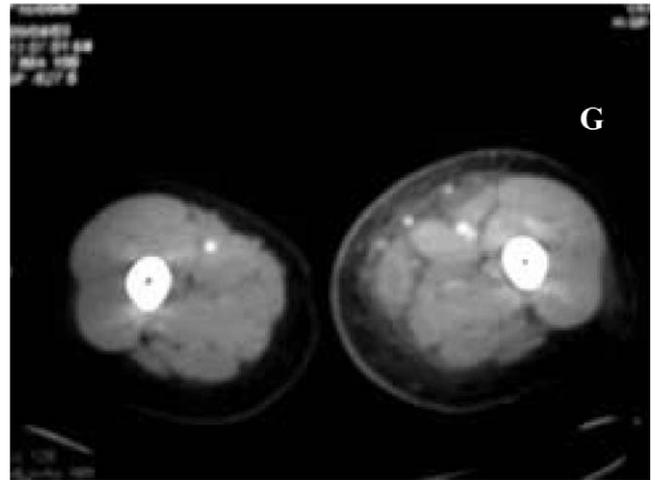


Fig. 2. Lymphoedème sous-cutané de la face antérieure et interne de la cuisse gauche diffusant au flanc gauche sans collection organisée.

plat en urgence a été réalisée sous anesthésie générale le 10 avril 2003. L'antibiothérapie a été modifiée par l'association Rocéphine®, Tibéral® et Doxycycline®. L'évolution a été favorable dans un premier temps (disparition de la fièvre et régression du placard inflammatoire). Un scanner de contrôle pratiqué le 12 avril 2003 a montré une petite infiltration des tissus, sans bulle, ni collection liquidienne. Cependant, le 14 avril 2003, la fièvre est réapparue et les signes locaux se sont aggravés avec une extension en regard de l'aile iliaque gauche, du flanc gauche et de la région lombaire. La patiente a été reprise le jour même au bloc opératoire. Une excision des tissus nécrotiques a été pratiquée au niveau de la grande lèvre gauche et en regard de l'ischion gauche. Les prélèvements peropératoires ont identifié en plus du streptocoque A, un *Proteus mirabilis*, un *Escherichia coli* et un *Candida albicans* nécessitant l'association du Trifulcan® à la dose de 400 mg/jour. Les suites opératoires étaient simples. Des soins de pansement étaient effectués deux fois par jour nécessitant les premiers jours une détersion des tissus nécrotiques superficiels. Les pansements périnéaux étaient réalisés par irrigation à l'acide lactique. Le drain a été mobilisé à partir de j8 et retiré à j10, les lames ont été mobilisées à partir de j10 et retirées à j13. Rapidement, un tissu de bourgeonnement relativement propre a été obtenu. L'évolution a été favorable, la patiente a quitté le département 2 mai 2003 avec un arrêt de travail d'un mois et la prescription de soins de pansement quotidiens. Elle a été revue trois mois plus tard avec une cicatrisation périnéale satisfaisante. L'évolution à moyen terme a été marquée essentiellement par l'apparition d'une dyspareunie orificielle associée à une hyperesthésie de la face interne de la cuisse gauche.

3. Discussion

La fasciite nécrosante a été décrite pour la première fois en 1871 par Joseph Jones, chirurgien de l'armée confédérée [1].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9329582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9329582>

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