

# Fasciites nécrosantes, Cellulites, Gangrène gazeuse

**Rappel anatomique :**

**Terminologie :** cellulite  
tissu sous-cutané

Erysipèle :

= dermite infectieuse avec lymphangite

- infiltration neutrophilique intense du derme, moindre de l'hypoderme, avec un oedème diffus riche en fibrine
- > en surface, décollement bulleux possible de l'épiderme
- > ± accumulation de PNN
- > PNN et macrophages dans les sinus lymphatique
- > stase lymphatique

Fasciite nécrosante :

= inflammation neutrophilique très intense, s'étend aux fascias + phénomènes de nécrose et de thrombose veineuse extensive

≠ de l'érysipèle nécrosant ou gangréneux

Nouvelle classification

Dermohypodermes aiguës bactériennes

- non nécrosantes ("médicales")
- nécrosantes ("médico-chirurgicales")

# ERYSIPELE

## Facteurs de survenue

## Facteurs de risque de récurrence

Traités en milieu hospitalier

- 12% à 6 mois
- 30% à 3 ans

-> possibilité de prévention secondaire

proche des facteurs de risque de survenue  
notion de "risque attribuable" (= fraction évitable ou fraction  
étiologique)

- tient compte de l'odds ratio et de la prévalence du  
facteur de risque dans la population non malade

## Facteurs pronostiques, facteurs de gravité

controverse sur les AINS

## Intertrigo interorteils

d'origine fongique dans 95% des cas

## Données microbiologiques et pathogéniques

### - Etiologie

causes bactériennes très variables

place et rôle de *Staph. aureus* ?

### - Physiopathologie

*Streptococcus pyogenes* (A)

Protéine M : 2 groupes

- groupe I : ne produisent pas de facteur d'opacité  
souches associées au RAA

- groupe II : produisent un facteur d'opacité  
non associées au RAA

*Streptococcus equisimilis* (C et G) (*dysgalactiae*)

### - Diagnostic bactériologique

direct : difficile  
punch de 4 mm, sérosité

hémocultures

recherche d'antigènes

- IF directe sur peau à la recherche de strepto
- agglutination (latex) à la recherche d'Ag de strepto

génomique bactérien : PCR

sérodiagnostic (cf tableau)  
ASLO, ASD



## **Autres examens complémentaires**

NFS (hyperleucocytose)  
Syndrome inflammatoire (VS, CRP)

## **Diagnostic différentiel**

## **Traitement**

### **- Traitement antibiotique**

$\beta$ -lactamines : péni G : 10 à 20 M d'U/j (en 4 à 6x)  
péni V : 3 à 6 M d'U/j  
péni A: 3 à 4,5 g/j

Macrolides , lincosamides et synergistines

Glycopeptides

Durée 10 à 20 jours

### **- Traitement associé**

AINS et corticoïdes : sans intérêt

Anticoagulants

recherche de TVP : environ 4,9% (2 à 7,8%)

pas d'anticoagulant sauf chez sujet à risque de thrombose

## **Prévention**

- Prévention primaire : action sur les facteurs généraux et locaux
- Prévention secondaire :
  - action sur les facteurs favorisants
  - prophylaxie antibiotique
    - péni V
    - macrolides
    - benzathine pénicilline
  - durée.....

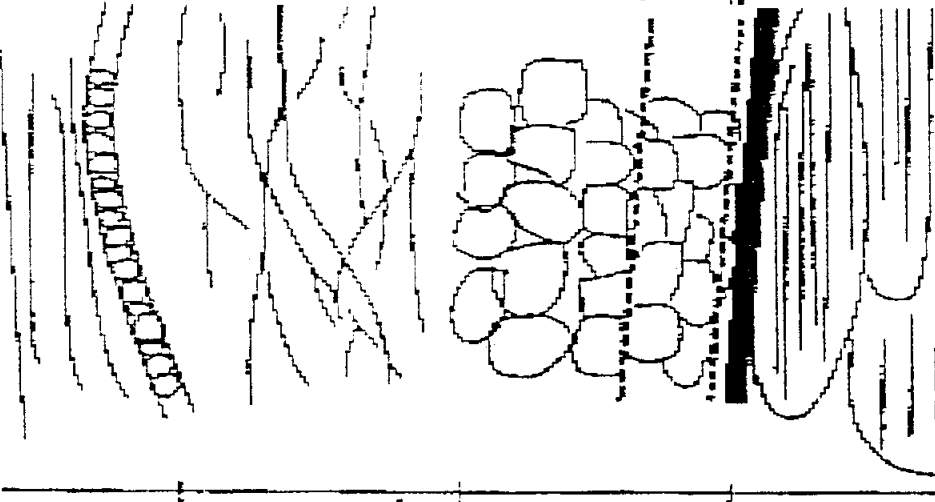
## **Critères d'hospitalisation**

### Critères d'hospitalisation primaire

- liés à la sévérité du tableau clinique :
  - critères locaux : purpura, bulles, ulcérations
  - critères généraux : confusion, agitation,...
- liés au terrain
- liés aux modalités de traitement

### Critères d'hospitalisation secondaire

surtout échec thérapeutique



**Epiderme :**  
 - couche cornée,  
 - kératinocytes.

**Dermis :**  
 - tissu conjonctif,  
 - follicules pileux,  
 - glandes sébacées  
 et sudorales,  
 - terminaisons nerveuses,  
 - vaisseaux.

**Hypoderme :**  
 - tissus graisseux,  
 - vaisseaux.

**Muscle**

**Dermo-hypodermite bactérienne**

- DHB
- érysipèle :
- sans atteinte de l'aponévrose superficielle
- cellulitis en anglais

ou **Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante**  
 - DHBN :

avec nécrose du tissu conjonctif et adipeux mais sans atteinte de l'aponévrose superficielle

- necrotising cellulitis en anglais

Fascia superficialis\*  
 (incisant)

Aponévrose superficielle

Fasciite nécrosante - FN :  
 avec nécrose de l'aponévrose superficielle  
 - necrotising fasciitis en anglais

**Myosite**

\* La situation du fascia superficialis est variable : a - sous l'hypoderme, b - un peu plus haut.  
 Note : DHBN et FN sont fréquemment associées.

**Tableau 1 : Facteurs de risque de l'érysipèle de jambe  
Analyse multivariée (d'après la référence (18))**

<b>Facteur de risque</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>IC 95%</b>
Lymphoedème	71,2	[5,6 – 908]
Porte d'entrée	23,8	[10,7 - 52,5]
Œdème des membres inférieurs*	2,5	[1,2 - 5,1]
Insuffisance veineuse	2,9	[1,0 – 8,7]
Surpoids	2	[1,1 – 3,7]

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%.  
\* A l'exclusion des œdèmes d'insuffisance veineuse

**Tableau 2 : Odds ratios et risques attribuables  
des différentes portes d'entrée (d'après la référence (18))**

<b>Facteur de risque</b>	<b>OR</b>	<b>[IC95%]</b>	<b>RA</b>
Ulcère de jambe	62.5	[7.0 – 556]	14 %
Intertrigo inter-orteils	13.9	[1.2 – 27.0]	61 %
Plaie traumatique	10.7	[4.8 – 23.8]	35 %
Dermatose excoriée	1.8	[1.4 – 7.0]	-
Escarre	14.3	[0.9 – 220]	-

OR : Odds ratio  
IC 95% : Intervalle de confiance à 95%  
RA : Risque attribuable  
- : non évalué

**Tableau I : Place relative des différents genres et espèces bactériens retrouvés dans les érysipèles**

Genres et espèces		Fréquence (pourcentage)
<b>Cocci Gram +</b>	Streptocoques	
	<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	58 à 67
	<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	3 à 9
	<i>Streptococcus equisimilis</i> (C)	5 à 7
	Streptocoque du groupe G	14 à 25
	Staphylocoques	
	<i>Staphylococcus aureus</i>	10 à 17
<b>Bacilles Gram -</b>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , entérobactéries	5 à 50

Figure 1 : Etapes physiopathologiques et support de virulence dans les érysipèles dus à *Streptococcus pyogenes*

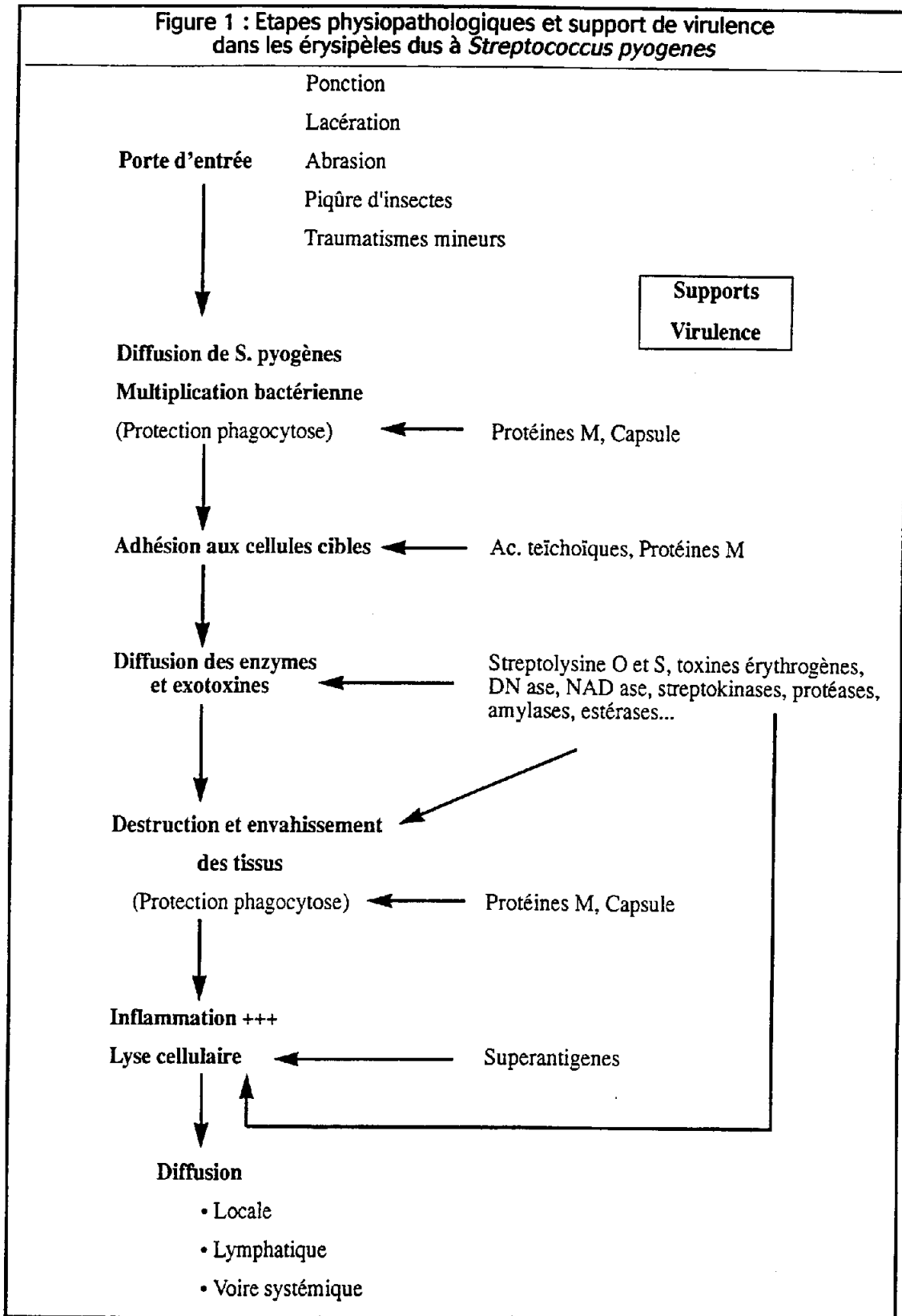


Tableau II : Fréquence des facteurs d'opacification et de certains groupes de protéines M chez les souches de *Streptococcus pyogenes* en fonction des diagnostics cliniques en cumulant les données de Norby et al (10) et de Johnson et al (11)

Tableaux cliniques	Facteurs d'opacification (OF)	Protéines M		
		M1	M3	M12
Pharyngites	49 %	18 %	5 %	13 %
Erysipèles	50 %	31 %	ND	6 %
Infections sévères	65 %	26 %	15 %	4 %
RAA	77 %	19 %	23 %	2 %

Tableau III : Substances antigéniques élaborées par les streptocoques  $\beta$ -hémolytiques, communautés antigéniques, et tests sérologiques développés.

Enzymes	Streptocoques producteurs	Propriétés	Anticorps spécifiques
Streptolysine O	Groupes A, C, G (nombreuses souches de streptocoques A)	- Toxine cytotolytique (érythrocytes...) - Inactivée par l'oxygène - Active sous forme réduite	Antistreptolysine O (ASLO)
Désoxyribonucléase ou streptodornase	Groupe A : toutes les souches plus quelques souches d'autres groupes (C, G)	Dépolymérise l'ARN	Antidésoxyribonucléase (ADNase) ou Anti-streptodornase B
Streptokinase ou Fibrinolysine	Groupes A, C, G : nombreuses souches. Groupes B et F : quelques souches	Action fibrinolytique (active le plasminogène en plasmine)	Antistreptokinase (ASK)
Hyaluronidase	Groupe A : surtout types M 4 et M 22. Groupes B, C et G : quelques souches	Hydrolyse l'acide hyaluronique	Antistreptohyaluronidase (ASH)
Nicotinamide-Adénine-Dinucléotidase	Groupe A : certains types M (3, 4 et 12). Groupes C et G : quelques souches	Clive le co-enzyme I NAD	Antistreptonicotinamide Adénine-dinucléotidase (ANADase)

Tableau IV : Toxines des Streptocoques et Staphylocoques d'après S.M. Manders (12)

Micro-organismes	Toxines
• Streptocoque du groupe A	SPE.A, SPE.B, SPE.C SSA Facteur mitogène
• Streptocoques	
Groupe B, C, F et G	SPE.s
• <i>Staphylococcus aureus</i>	TSST.1 SEA, SEB, SEC, SED, SEE, SEG Exfoliatines A, B
SEA	Enterotoxines de <i>S. aureus</i>
SPE	Exotoxines pyrogènes des streptocoques
SSA	Superantigène streptococcique
TSST-1	Toxic Shock Syndrom Toxin 1

**Tableau VI : Contribution des différentes méthodes de diagnostic des streptocoques chez des patients atteints d'érysipèle.**

Techniques	Sensibilité	Références
IFD	64 - 70 %	1, 26, 29, 43
Latex	47 - 58 %	6, 26, 29, 43
Culture	14 - 41 %	1, 2, 6, 24-26, 28, 29
Hémoculture	0 - 5,5 %	27, 28, 42, 44
Sérologie	30 - 67 %	1, 6, 26-29, 39, 40
Techniques combinées	25 - 96 %	1, 26, 29, 42

**Tableau II : Complications des érysipèles des membres inférieurs**

Complications	Pourcentage
<b>• Locales</b>	
Abscess, nécrose, Thrombophlébite	3 à 12
- Etudes rétrospectives	1,4
- Etudes prospectives	2,58 à 15
<b>• Générales</b>	
- Bactériémies, septicémies	2
- Toxidermies (péni)	5
- Décompensation tares	0,6
- Mortalité	0,5
- Etude globalisant les c. générales	26,3

**Tableau I : Diagnostic différentiel de l'érysipèle : causes infectieuses**

**1. Bactériennes avec tableaux clinico-bactériologiques particuliers**

- Erysipéloïde (maladie du Rouget du Porc) (10)
- Cellulite à *Haemophilus influenzae* (49) ou à *Yersinia* (68)
- Staphylococcie de la face (48)
- Lymphangite (10)
- Pasteurellose à *Pasteurella multocida* (53)
- Ostéomyélite (7)
- Bursiste (52)

**2. Non bactériennes**

- Zona ophtalmique (25,48)
- Cryptococcose (69)

**3. Immunodéprimés (12, 70)**

- Dermohypodermie bactérienne à staphylocoque, pyocyanique, *Campylobacter jejuni*, *Acinetobacter calcoaticus*, *Bacteroides fragilis*, *E. coli*, Pneumocoque (71), *Propionibacterium acnes* (72)

**4. Infections aux frontières nosologiques**

- Fasciite nécrosante
- Dermohypodermes bactériennes aiguës non streptococciques
- Myosites à bacille Gram négatif
- Myosites streptococciques

**Tableau III : Diagnostic différentiel de l'érysipèle : causes non infectieuses**

**1. Thromboses veineuses**

- Thrombose veineuse profonde
- Thrombose veineuse superficielle

**2. Maladies localisées**

- Syndrome des loges (63)
- Intolérance aux prothèses orthopédiques (56)
- Cellulite de Wells (73)
- Melkerson-Rosenthal (48)

**3. Maladies diffuses ou systémiques**

- Maladie périodique (59)
- Lupus (74)
- Syndrome de Sweet (75)
- Cancers métastatiques inflammatoires : mélanome métastatique (76) et cancer du sein (77)
- Lymphome angiotrope (78)
- Maladie de Crohn (79)
- Pustulose exanthématique aiguë généralisée due au mercure (80)

**4. Dermatoses rarement fébriles**

- Eczéma de contact (25,48)
- Œdème de Quincke (8)

**Tableau IV : Critères diagnostiques cliniques de l'érysipèle**

1	début brutal (<24h)
2	fièvre au moins supérieure à 38°C
3	précession de fièvre, frissons ou malaise
4	placard inflammatoire rouge vif
5	bonne délimitation du placard inflammatoire
6	extension sans guérison centrale de la plaque
7	absence de nécrose
8	absence de plaie ou de griffes récentes au sein du placard
9	absence de cyanose, de pâleur livide ou d'ulcération au sein du placard
10	présence d'une adénopathie ou d'une lymphangite
11	état général conservé
12	absence d'atteinte viscérale extracutanée

**Tableau II : Score diagnostique :  
érysipèle versus fasciite nécrosante (31)**

Inefficacité des antibiotiques oraux	3
Confusion mentale	5
Choc	5
Température > 38°5	
- durant 2-3 jours	1
- plus de 3 jours	2
Douleur à la palpation	1
Douleur spontanée	5
Oedème mou	1
Oedème induré	5
Erythème	1
Purpura	1
Papules	1
Vésicules	1
Pustules	1
Bulles	5
Cyanose	5
Pâleur livide du tégument	5
Ulcération, nécrose	5
Absence de lymphangite	2
<b>Erysipèle &lt; 15</b>	<b>Fasciite nécrosante &gt; 18</b>

**Tableau II : Facteurs de risque des dermohypodermes nécrosantes chirurgicales**

Pour chaque facteur le niveau de preuve est indiqué de la façon suivante : 1- anecdotes ; 2- facteur présent dans plusieurs séries de cas ; 3- facteur de risque d'infection streptococcique systémique démontré par une étude épidémiologique formelle ; 4- facteur de risque de dermohypoderme nécrosante démontré par une étude épidémiologique formelle

**• Facteurs locaux**

- Varicelle (3)	Ref 9, 15, 27-30, 38
- Toxicomanie intraveineuse (2)	Ref 9, 12, 14, 17
- Ulcères (2)	Ref 3, 9, 14, 30
- Traumatismes avec ou sans plaie (2)	Ref 9, 14, 30
- Chirurgie (2)	Ref 9, 14, 23, 24, 30, 40
- Endoscopies et chirurgie endoscopique (2)	Ref 22
- Zona (1)	Ref 41
- Lyell, brûlures (1)	Ref 14, 42
- Psoriasis (1)	Ref 9, 30
- Eczéma (1)	Ref 30
- Piqures d'insectes (1)	Ref 30
- Morsures animales ou humaines (1)	Ref 39
- Liposuccions (1)	Ref 25, 26

**• Facteurs Généraux**

- Age > 65 ou < 10 (3)	Réf 3, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 29, 30
- Origine afro-américaine (3)	Réf 10, 11, 14, 18, 30
- Cas dans l'entourage (3)	Réf 29, 30, 32, 33
- AINS (4)	Réf 3, 9, 13, 30
- Diabète (3)	Ref 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 29, 30
- Infection VIH (3)	Ref 9, 14, 29, 30
- Cancers, hémopathies, chimiothérapie (3)	Ref 3, 9, 14, 29, 30, 45, 46
- Alcool (3)	Ref 3, 10, 14, 18, 29, 30
- I Cardiaque (3)	Ref 9, 29, 30
- Artérite (2)	Ref 3, 9, 11, 14
- Obésité (2)	Ref 11, 12, 14, 18
- Dénutrition (2)	Ref 12, 14
- Immunosuppression (2)	Ref 9, 19
- Corticoïdes (2)	Ref 9
- Artérite (2)	Ref 3, 9, 11
- Anomalies d'hémostase (1)	Ref 21 31

**Tableau III : Facteurs de risque particuliers à certaines formes****• Enfants**

- Varicelle (3)	9, 15, 27-30, 38
- Omphalites du nourisson (2)	15, 43
- Circoncision (1)	44
- Ibuprofène (4)	28, 38

**• Atteintes cervico-faciales**

- Soins ou infection dentaires (2)	13, 14, 19
- Diabète (2)	13
- Abscès pharyngé (2)	13, 19

**• Gangrène de Fournier**

- Diabète (3)	10, 11
- Alcoolisme (3)	10
- Endoscopie urinaire ou digestive (2)	10
- Traumatisme (3)	39, 47

Tableau I : Classifications des dermohypodermes nécrosantes "chirurgicales"

**DS Feingold 1982 (Référence 1)**

- Cellulites à *Clostridium*
  - Lésions cutanées crépitanes respectant muscles et fascia
- Cellulites à autres anaérobies
  - Lésions cutanées crépitanes respectant muscles et fascia
- Fasciites nécrosantes streptococciques
- Gangrènes progressives synergistiques (Meleney)
  - Souvent post-opératoires et progressives
  - *Peptostreptococcus*, *S. aureus*, entérobactéries
- Gangrène gazeuse à *Clostridium*
  - Myonécrose constante
- Pyomyosites non à *Clostridium*
- Fasciites nécrosantes synergistiques
  - Diabète
  - Myosite associée
  - Entérobactéries, *Bacteroides*
  - Incluent la gangrène de Fournier
- Gangrène vasculaire infectée

**A.L. Bisno & D.L. Stevens 1996 (Référence 2)**

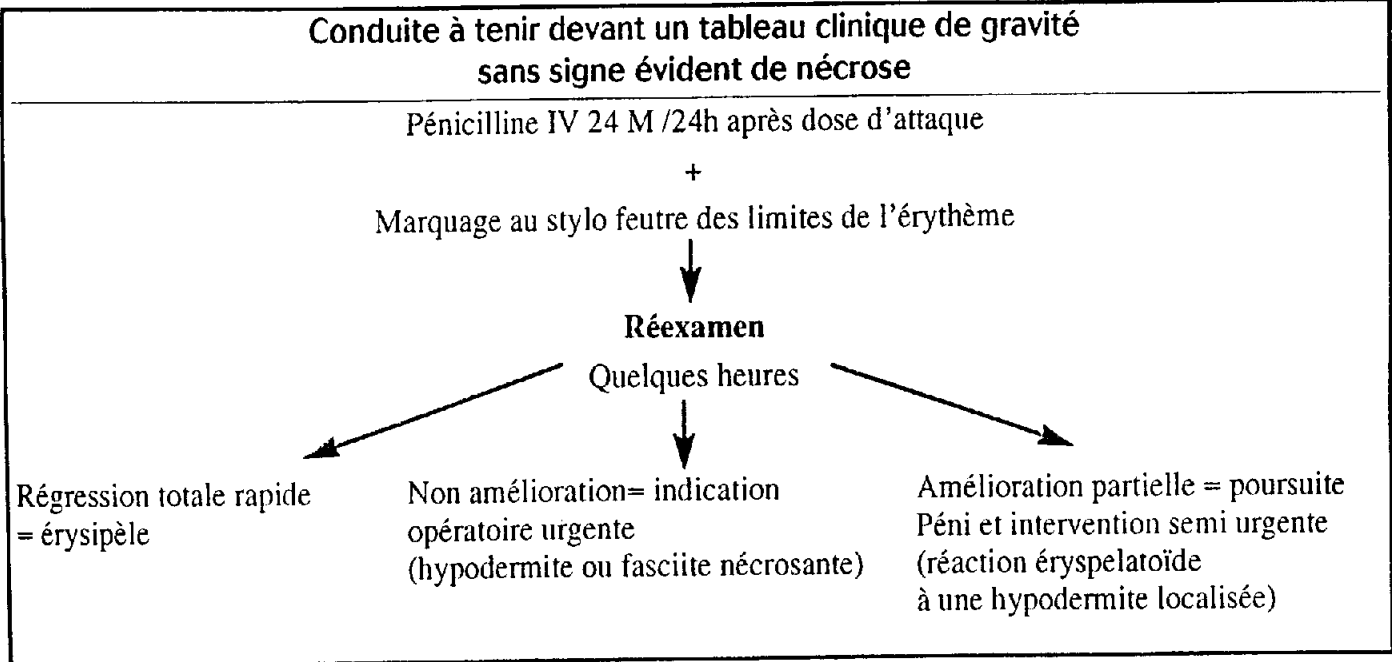
- Gangrène synergistique de Meleney
  - Souvent post-opératoires et progressives
  - *Peptostreptococcus*, *S. aureus*
- Cellulites à *Clostridium*
  - Lésions cutanées respectant muscles et fascia
- Cellulites à anaérobies, en dehors de *Clostridium*
  - Diabète
  - Aérobie et anaérobies souvent associés
- Fasciites nécrosantes type 1
  - Anaérobies, Bacilles gram -, entérocoques
  - Incluent la gangrène de Fournier
- Fasciites nécrosantes type 2
  - Streptocoque de groupe A
  - Choc toxique fréquent

**Tableau 1. Classification simplifiée et caractéristiques anatomo-cliniques et microbiologiques des fasciites nécrosantes (adapté des ref. 8-9)<sup>1</sup>**

Type	F.N. et gangrènes streptococciques (" Type 2 ")	F.N. mixtes ou synergistiques (" Type 1 ") <sup>2</sup>	Fasciite (Cellulite) à Clostridium	Gangrène gazeuse (myonécrose Clostridienne)
Douleur	++/+++	+ à ++	+	+++
Signes cutanés	Œdème, erythème extensifs, bulles nécrotiques	œdème, érythème, lésions bulleuses et nécrotiques, ulcérées	Mineurs : œdème, décoloration	Plaques décolorées, ecchymotiques + bulles nécrotico-hémorragiques, anesthésie
Signes systémiques	+ à +++ (choc toxique)	+ à +++	+	+++
Progression	Rapide à très rapide (STSS) (<1-3 j)	Modérée à lente (3-14j)	Modérée (>3j)	Très rapide (1-3 j)
Présence de gaz	-	+/-	++	+++
Atteinte des fascias profonds	+ à +++	0 à ++	0	+++
Atteinte musculaire	-/+ (secondaire)	-/+ (secondaire)	0	+++
Porte d'entrée, facteur déclenchant	trauma (chirurgie) ou lésion cutanée minime, érysipèle, brûlure, varicelle	Plaie, lésion vasculaire (ulcère), chirurgie, infection locale	Chirurgie, plaie	trauma non pénétrant, injection i.m. écrasement de membre, septicémie
Terrain	AINS, insuffisance vasculaire	Diabète	Diabète	Immunodépression
Microbiologie	Streptocoque A, autres strepto. bêta-hémolytiques (staphylocoque doré)	Entérobactéries, Anaérobies (Bacteroides spp.), Streptocoques, (entérocoques), staph.doré	<i>C. perfringens</i>	<i>C. perfringens</i> , <i>C. haemolyticus</i> , <i>C. septicum</i>

<sup>1</sup> A l'exclusion des gangrènes ischémiques ; <sup>2</sup> Inclut les gangrènes périnéales (de Fournier) et synergistiques (de Meleney).

Abbréviations : AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens ; STSS : syndrome de choc toxique streptococcique.



# Fasciites nécrosantes, Cellulites, Gangrène gazeuse

Rappel anatomique :

**Terminologie :** cellulite  
tissu sous-cutané

Erysipèle :

= dermite infectieuse avec lymphangite

- infiltration neutrophilique intense du derme, moindre de l'hypoderme, avec un oedème diffus riche en fibrine
- > en surface, décollement bulleux possible de l'épiderme
- > ± accumulation de PNN
- > PNN et macrophages dans les sinus lymphatique  
--> stase lymphatique

Fasciite nécrosante :

= inflammation neutrophilique très intense, s'étend aux fascias + phénomènes de nécrose et de thrombose veineuse extensive

≠ de l'érysipèle nécrosant ou gangréneux

Nouvelle classification

Dermohypodermes aiguës bactériennes

- non nécrosantes ("médicales")
- nécrosantes ("médico-chirurgicales")

# ERYSIPELE

## Facteurs de survenue

## Facteurs de risque de récurrence

Traités en milieu hospitalier

- 12% à 6 mois
- 30% à 3 ans

-> possibilité de prévention secondaire

proche des facteurs de risque de survenue

notion de "risque attribuable" (= fraction évitable ou fraction étiologique)

- tient compte de l'odds ratio et de la prévalence du facteur de risque dans la population non malade

## Facteurs pronostiques, facteurs de gravité

controverse sur les AINS

## Intertrigo interorteils

d'origine fongique dans 95% des cas

## Données microbiologiques et pathogéniques

### - Etiologie

causes bactériennes très variables

place et rôle de *Staph. aureus* ?

### - Physiopathologie

*Streptococcus pyogenes* (A)

Protéine M : 2 groupes

- groupe I : ne produisent pas de facteur d'opacité  
souches associées au RAA

- groupe II : produisent un facteur d'opacité  
non associées au RAA

*Streptococcus equisimilis* (C et G) (*dysgalactiae*)

### - Diagnostic bactériologique

direct : difficile  
punch de 4 mm, sérosité

hémocultures

recherche d'antigènes

- IF directe sur peau à la recherche de strepto
- agglutination (latex) à la recherche d'Ag de strepto

génomique bactérien : PCR

sérodiagnostic (cf tableau)  
ASLO, ASD



## **Autres examens complémentaires**

NFS (hyperleucocytose)  
Syndrome inflammatoire (VS, CRP)

## **Diagnostic différentiel**

## **Traitement**

### **- Traitement antibiotique**

$\beta$ -lactamines : péni G : 10 à 20 M d'U/j (en 4 à 6x)  
péni V : 3 à 6 M d'U/j  
péni A: 3 à 4,5 g/j

Macrolides , lincosamides et synergistines

Glycopeptides

Durée 10 à 20 jours

### **- Traitement associé**

AINS et corticoïdes : sans intérêt

Anticoagulants

recherche de TVP : environ 4,9% (2 à 7,8%)

pas d'anticoagulant sauf chez sujet à risque de thrombose

## **Prévention**

- Prévention primaire : action sur les facteurs généraux et locaux
- Prévention secondaire :
  - action sur les facteurs favorisants
  - prophylaxie antibiotique
    - péni V
    - macrolides
    - benzathine pénicilline
  - durée.....

## **Critères d'hospitalisation**

### Critères d'hospitalisation primaire

- liés à la sévérité du tableau clinique :
  - critères locaux : purpura, bulles, ulcérations
  - critères généraux : confusion, agitation,...
- liés au terrain
- liés aux modalités de traitement

### Critères d'hospitalisation secondaire

surtout échec thérapeutique

# FASCIITES NECROSANTES

## Epidémiologie

vers les années 1980 Choc toxique streptococcique  
1993 association à nécrose des tissus mous

Infections nécrosantes des tissus mous

taux annuel : 500 à 1500 cas au USA en 1994

infections sévères à *S. pyogenes*

1987-88 : augmentation de 60% des inf. à strepto  
A non invasives  
augmentation des bactériémies  
(11/100.000) avec tableau grave  
(25% de décès)

Choc toxique : 0,3/100.000 avec dans la moitié des  
cas, inf. des parties molles

en fait, augmentation des cas de fasciite de  
0,085/100.000 en 1991 à 0,4/100.000 en 1995

## Facteurs de risque

- Trauma : plaie, coupure, brûlure,...
- Age : en fait, tous les âges peuvent être atteints
- Diabète
- autres cités : artériopathies des M. inf., toxico IV, insuff. rénale, hépatique
- Varicelle  
FN = 4,8% des complications bactériennes (16% dans certaines séries)
- Anti-inflammatoires : controversé
- Notion de patients contact à risque



## Diagnostic

## Clinique

diagnostic difficile

Localisations : surtout membres (M. inf.)

autres : M. sup.  
ORL  
ombilicale  
OG ext.  
visage

si intervention : thorax ou abdomen

### Signes locaux :

douleur, constante, intense

puis : érythème limites imprécises  
oedème plus étendu, rapidement extensif  
vésicules et bulles parfois hémorragiques

rechercher :

induration majeure > érythème  
évolution rapide en 2 jours  
inefficacité des AB

en 2 à 4 jours : taches cyaniques bleu-grises  
aspect bronzé de la peau  
nécrose par thrombose des Vx  
perforants cutanés  
hypoesthésie

peu de lymphangite

crépitants ± (anaérobies mais aussi aérobies facultatifs)

Signes généraux : fièvre, tachycardie, polypnée, hypoTA, oligurie, désorientation

	Mortalité
SRIS	15 à 20%
S. septique sévère	30 à 40%
Choc septique	45 à 60%

Seules les constatations chirurgicales permettent d'établir le diagnostic avec :

- oedème
- nécrose fascia puis tissus dermo-hypodermiques
- exsudat sérosanglant
  
- pas de pus ni d'abcès

### **Examens complémentaires**

Histologie :       nécrose du fascia  
                          infiltrat polynucléaire du derme profond et  
                          fascia  
                          thromboses art. et veineuses  
                          présence de micro-organismes

### Bactériologie :

prél. locaux :       différentes techniques (jusqu'à PCR)  
                          prél. bulles ou lésions nécrotiques  
                          + dans 3/4 des cas  
hémocultures : + dans 10 à 24% des cas

### Imagerie :

Scanner : épaissement de la peau et du tissu  
                          adipeux  
IRM : diag. des formes nécrosantes

Autres : biologie standard (+CPK)

## **Pronostic**

Mortalité

en moyenne 32,2% (6 à 76%)

Facteurs d'aggravation

âge avancé

maladies chroniques : diabète ?

autres facteurs : pas de corrélation avec AINS

défaillance polyviscérale

=> importance de la rapidité du geste chirurgical

## **Aspects anatomo-cliniques et données microbiologiques des FN**

### **Traitement**

#### **- Traitement médical**

##### **- Traitement symptomatique d'urgence**

profil de choc hypovolémique et septique

##### **- Traitement antibiotique (associé à la chirurgie)**

orienté par            les éléments cliniques  
                                  les données microbiologiques

FN à strepto.

Péni G à administrer précocement

± clindamycine  
ou rifampicine

FN et G. clostridienne

Péni G

modèle animal : péni G + clinda = clinda  
= métronidazole > péni

Autres formes de FN

AB anti entérobactéries + anaérobies

aminosides, peu d'intérêt sauf si FN post-op.  
(souches R ou Pseudomonas)

**- Traitements adjuvants**

OHB            GG clostridienne ? (données historiques  
pas de preuve formelle de son efficacité)

Immunothérapie passive

Ig IV            inhibition de la réponse  
proliférative T liée aux exotoxines

2g/kg dose unique  
à refaire à 48 h. si résultats  
insuffisants

Equilibre nutritionnel  
Anticoagulation efficace

**- Traitement chirurgical**

Décision opératoire

après surveillance de qqs heures sous ABther.  
efficace  
si doute => op

Chirurgie ultérieure : excision et parage quotidiens  
pansements biquotidiens