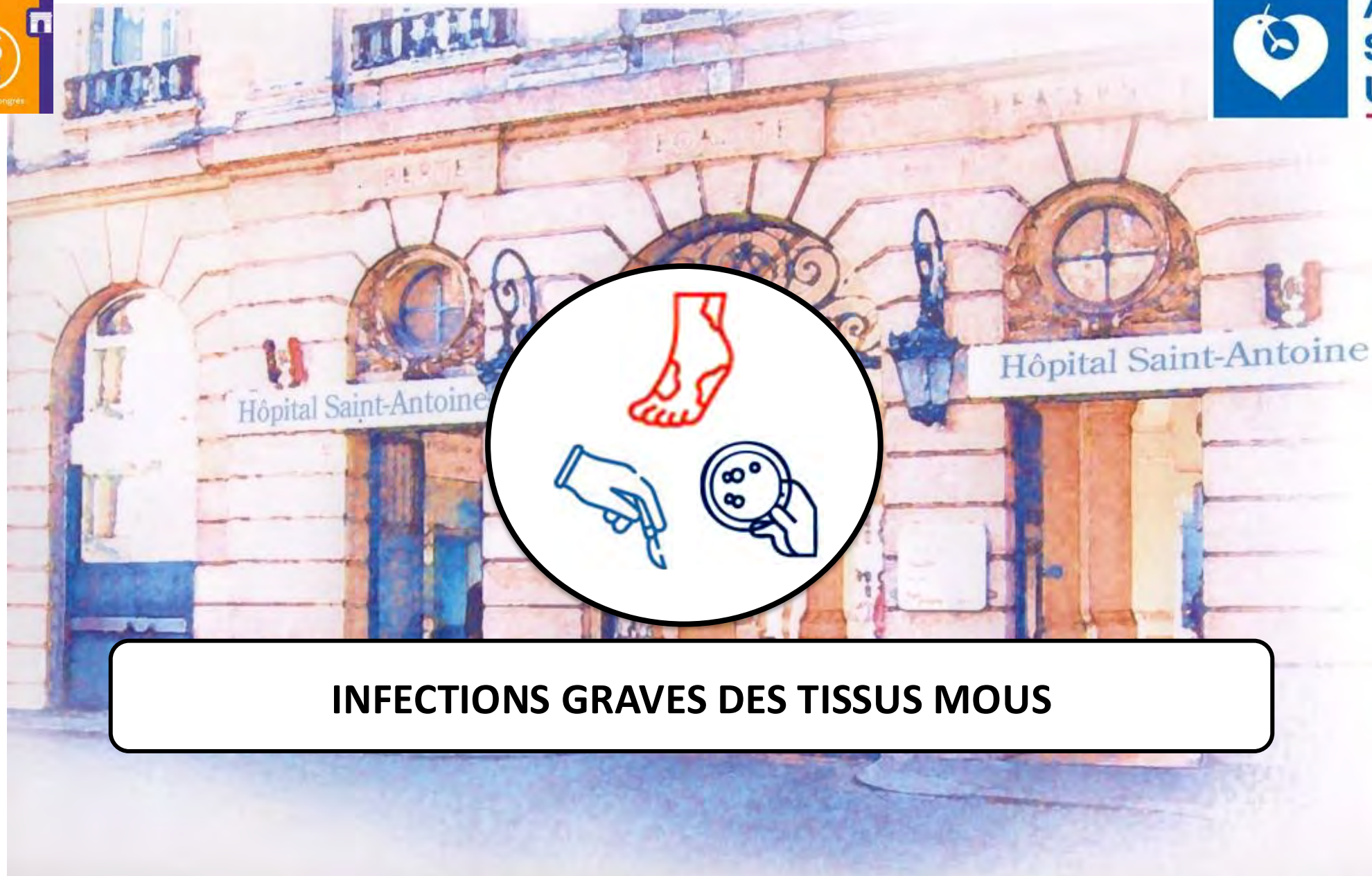




INFECTIONS GRAVES DES TISSUS MOUS



Déclaration d'intérêt de 2014 à 2025

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles :
 - Shionogi (frais de congrès, 2023)
 - Performances médicales (intervention rémunérée, 2022)
- Intérêts indirects : aucun



- **Homme 45 ans, exogénose**
- **Trauma de cheville, prise d'AINS depuis 5 jours**
- **Consulte pour altération de l'état general**
- **38.5°C**
- **Hypotension 90/65 mmHg**



QUE FAITES VOUS ?

1. Je fais un test au bistouri
2. Je demande un scanner
3. Je demande une IRM
4. Je dose les CPK
5. Je prescris des antibiotiques



QUE FAITES VOUS ?

1. Je fais un test au bistouri
2. Je demande un scanner
3. Je demande une IRM
4. Je dose les CPK
- 5. Je prescris des antibiotiques**



QUE FAITES VOUS ?

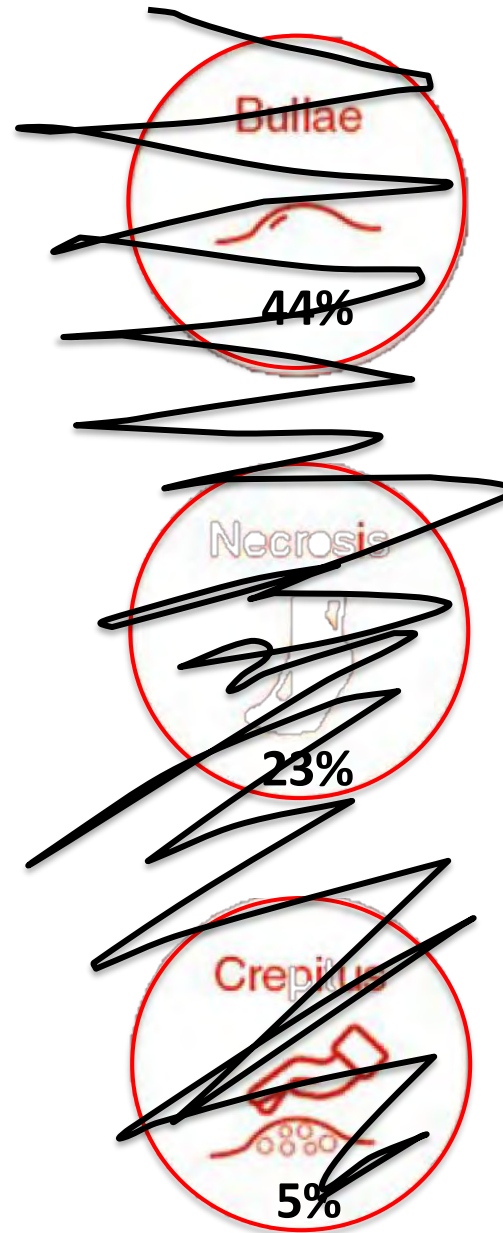
1. Je fais un test au bistouri
2. Je demande un scanner
3. Je demande une IRM
4. Je dose les CPK
5. Je prescris des antibiotiques



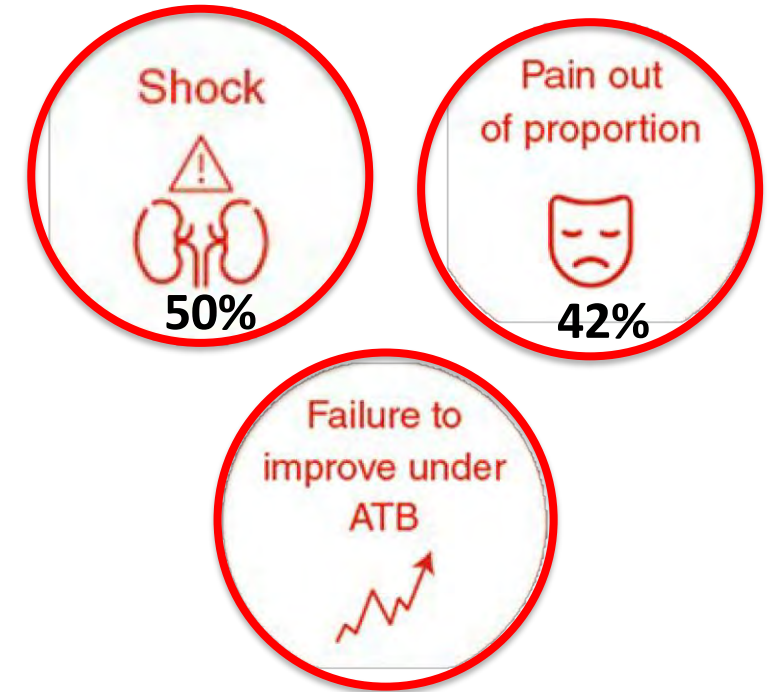
Reproduction avec l'accord du Pr. Nicolas de Prost

DIAGNOSTIC

CLINIQUE ?



Kiat, *J Emerg Trauma Shock*. 2017
Sartelli, *World J Emerg Surg*. 2014



Madsen, *Intensive Care Med*. 2019
Alayed, *Int J Infect Dis*. 2015

**Table 1** Characteristics of case series

	Elliott <i>et al.</i> ⁵	Frazee <i>et al.</i> ⁶	Dworkin <i>et al.</i> ⁷	Nisbet <i>et al.</i> ⁸	Wong <i>et al.</i> ⁹	Singh <i>et al.</i> ¹⁰	Hsiao <i>et al.</i> ¹¹	Huang <i>et al.</i> ¹²	Park <i>et al.</i> ¹³	Total
No. of patients	198	122	80	82	89	75	128	472	217	1463
Misdiagnosis (%)	80.0	41.0	72	96	85	–	61.7	–	–	71.4

Chance to cut: defining a negative exploration rate in patients with suspected necrotizing soft tissue infection

Erin C Howell,¹ Jessica A Keeley,² Amy H Kaji,³ Molly R Deane,¹ Dennis Y Kim,¹ Brant Putnam,¹ Steven L Lee,⁴ Alexis L Woods,⁵ Angela L Neville¹

- Rétrospectif monocentrique, 295 patients
- 79% confirmation per-opératoire

Variable	All patients n=295	NSTI n=232	Non-NSTI n=63	P value
Laboratory, median (IQR)				
White blood cell (k/mm ³)	18.1 (12.6–23.9)	18.5 (13.5–24.4)	14.9 (11.9–22.7)	0.02
Bands (%)	17 (10–30)	16.5 (9–30)	17.5 (12–26)	0.7
Sodium (mmol/L)	131 (127–135)	130 (127–134)	134 (131–136)	<0.0001
Corrected sodium (mmol/L)	134 (131–137)	134 (131–137)	134 (132–137)	0.7
Bicarbonate (mmol/dL)	22 (20–25)	22 (20–25)	22 (20–26)	0.6
Creatinine (mg/dL)	1.2 (0.9–1.8)	1.2 (0.9–1.8)	1.3 (0.9–2.0)	0.6
Glucose (mg/dL)	183 (114–361)	244 (131–393)	114 (102–136)	<0.0001
Lactate (mmol/L)	1.7 (1.3–2.5)	1.7 (1.3–2.6)	1.8 (1.3–2.3)	0.6
Blood culture positive, n (%)	54/272 (19.8)	44/213 (20.7)	10/59 (17.0)	0.5

The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: A tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections*

Chin-Ho Wong, MD, MRCS; Lay-Wai Khin, MD, MSC; Kien-Seng Heng, MD, FRCS; Kok-Chai Tan, MD, FRCS; Cheng-Ooi Low, MD, FRSC

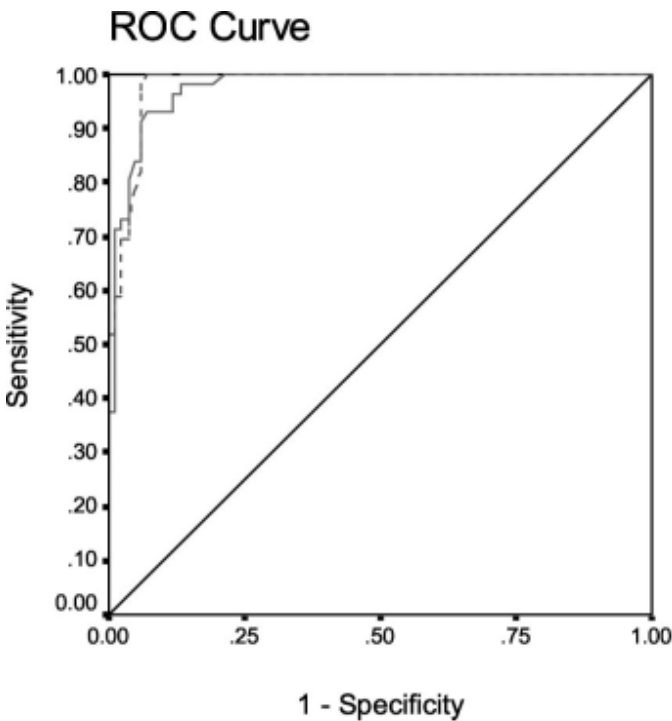


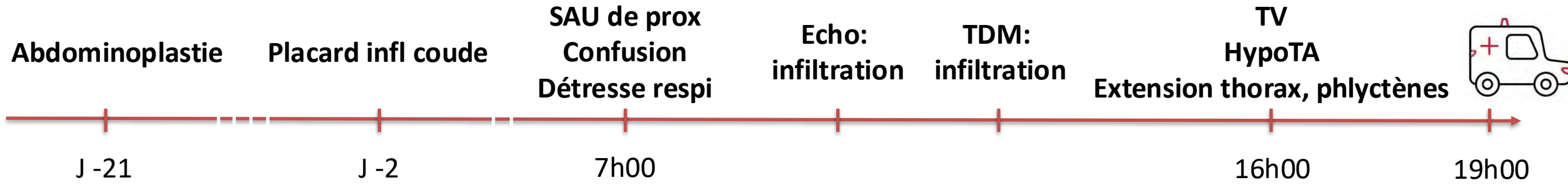
Table 1. Laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC) score for necrotizing fasciitis and cellulitis.

	NF (n=135)	Cellulitis (n=948)
LRINEC Groups		
High risk: LRINEC ≥8	16 (34%)	40 (4.2%)
Moderate risk: LRINEC 6 and 7	1 (2.1%)	62 (6.5%)
Low risk: LRINEC ≤5	30 (63.8%)	846 (89.2%)

DIAGNOSTIC

IMAGERIE ?

46 ans, Obésité



DIAGNOSTIC

IMAGERIE ?

46 ans, Obésité



DIAGNOSTIC

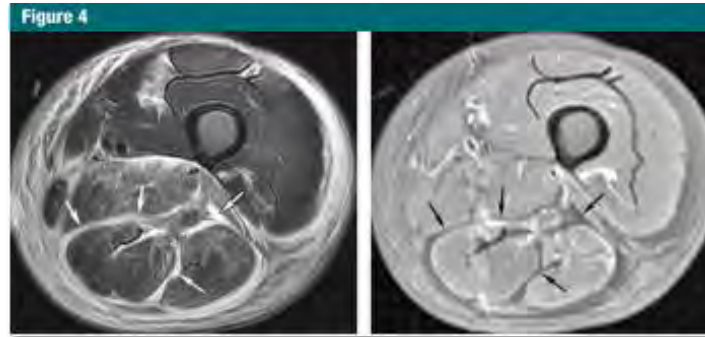
IMAGERIE ?

**NON RECOMMANDE
EN CAS DE DEFAILLANCES**

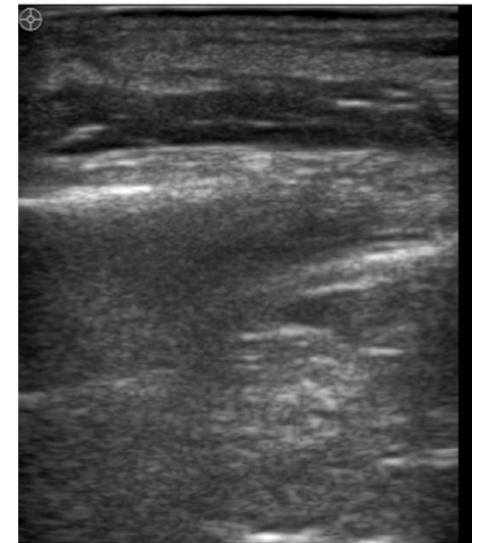
IRM semble la plus intéressante

**TDM
si cervical/abdominal
Porte d'entrée / extension**

Place de l'échographie ?



a. Lesion side





DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

DIAGNOSTIC

CHIRURGIE !



Open access

4th World Trauma Congress Article

Trauma Surgery
& Acute Care Open

Chance to cut: defining a negative exploration rate in patients with suspected necrotizing soft tissue infection

Erin C Howell,¹ Jessica A Keeley,² Amy H Kaji,³ Molly R Deane,¹ Dennis Y Kim,¹ Brant Putnam,¹ Steven L Lee,⁴ Alexis L Woods,⁵ Angela L Neville¹

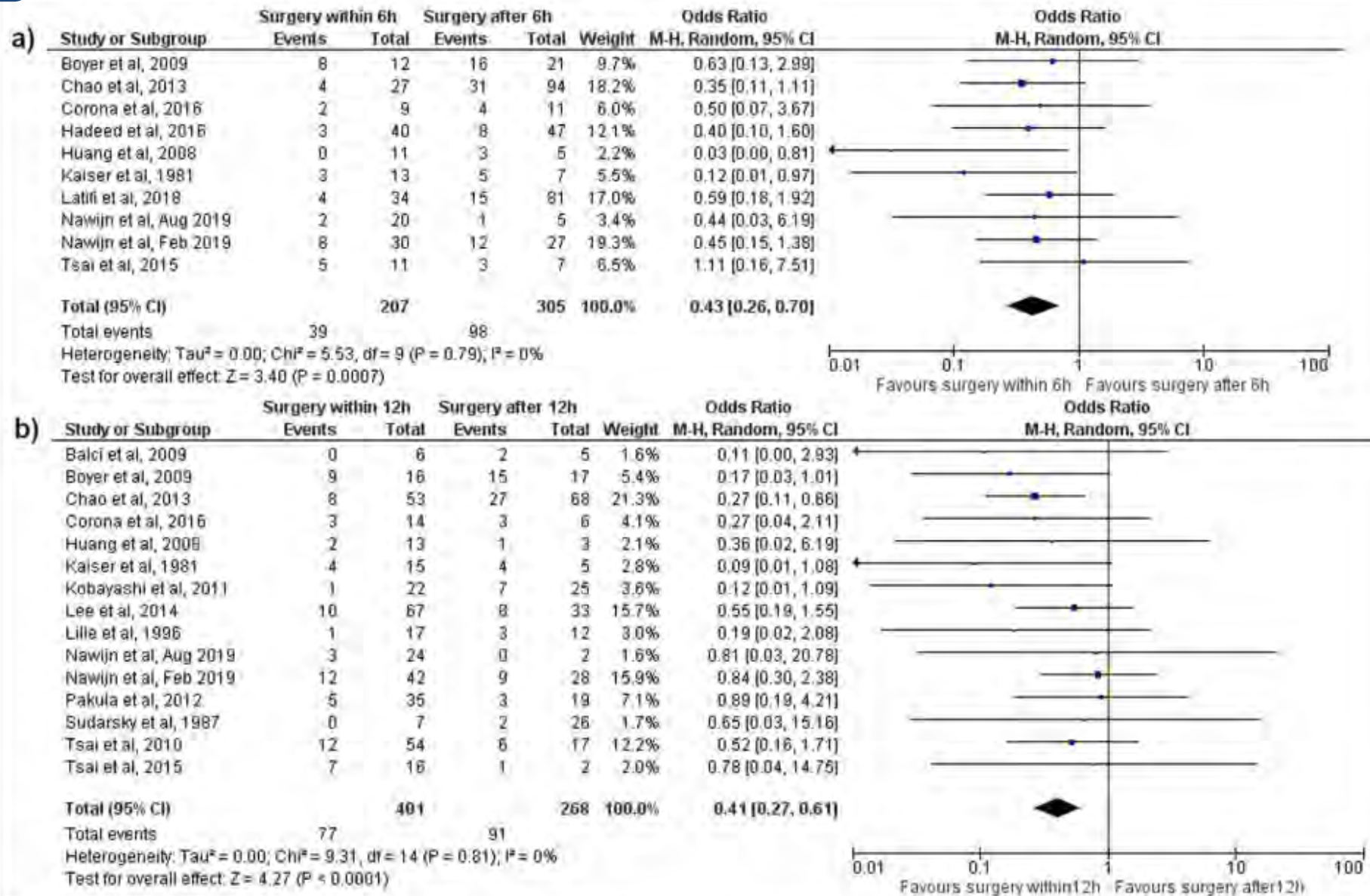
21% sans nécrose → 14% de NSTI confirmées à la reprise chirurgicale

« Suspect un jour, suspect toujours! »

PRISE EN
CHARGE

CHIRURGIE !





**PRISE EN
CHARGE**

CHIRURGIE !



URGENCE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

PRELEVEMENTS PER OPERATOIRES

DEBRIDEMENT EXTENSIF

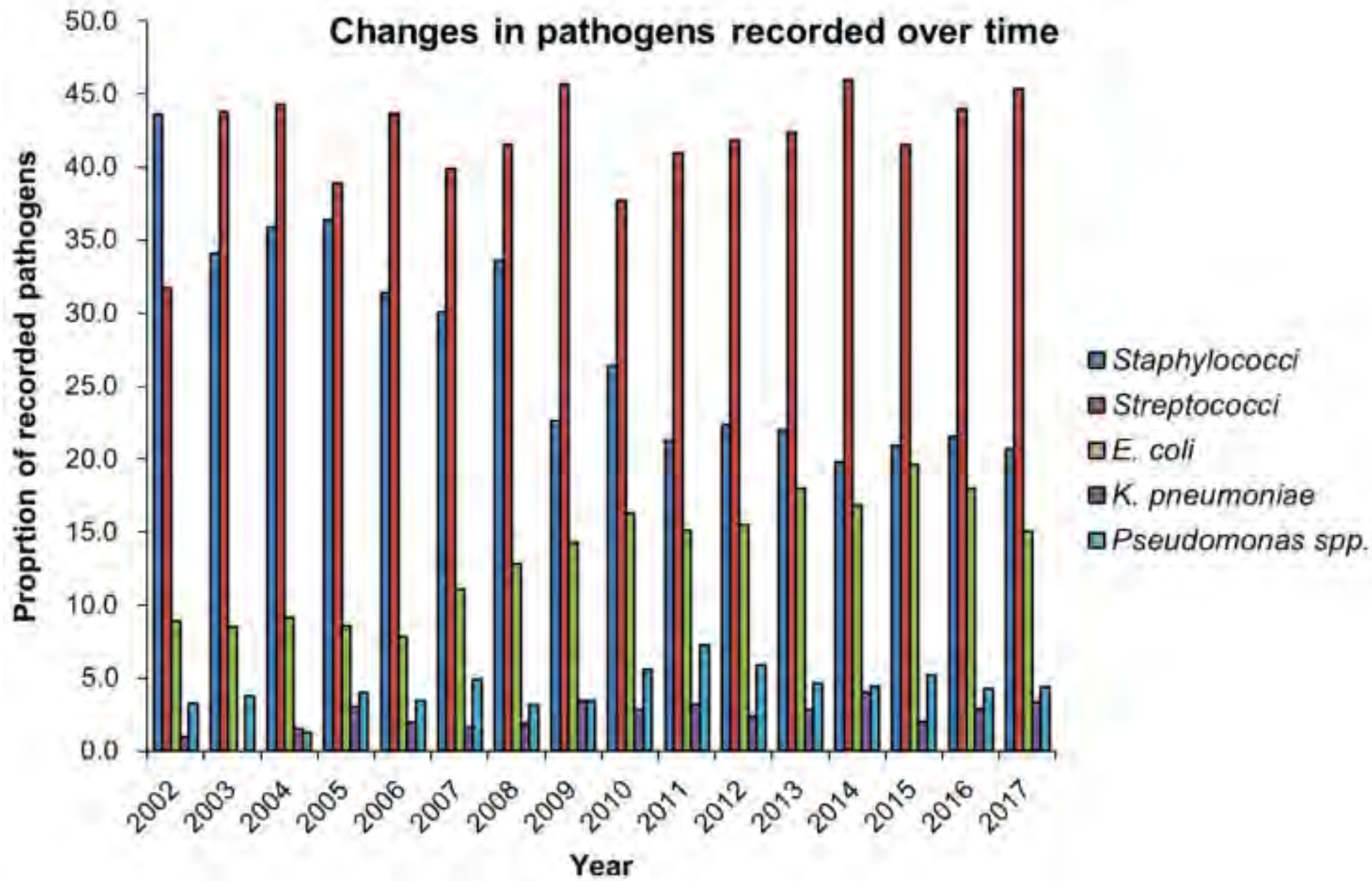
REINTERVENTION A DISCUTER SYSTEMATIQUE A 24H

REPRISE SI DEGRADATION CLINIQUE

PRISE EN
CHARGE

ANTIBIOTHERAPIE







- 2/3 de polymicrobien
- 50% de Strepto ou SAMS
- Mais 20-30% BGN ou Pyo
- Peu de prédominance topographique
- Exception cervico-faciale
 - 90% de germes Augmentin S



**BETA-LACTAMINE LARGE SPECTRE
(TAZOCILLINE)**

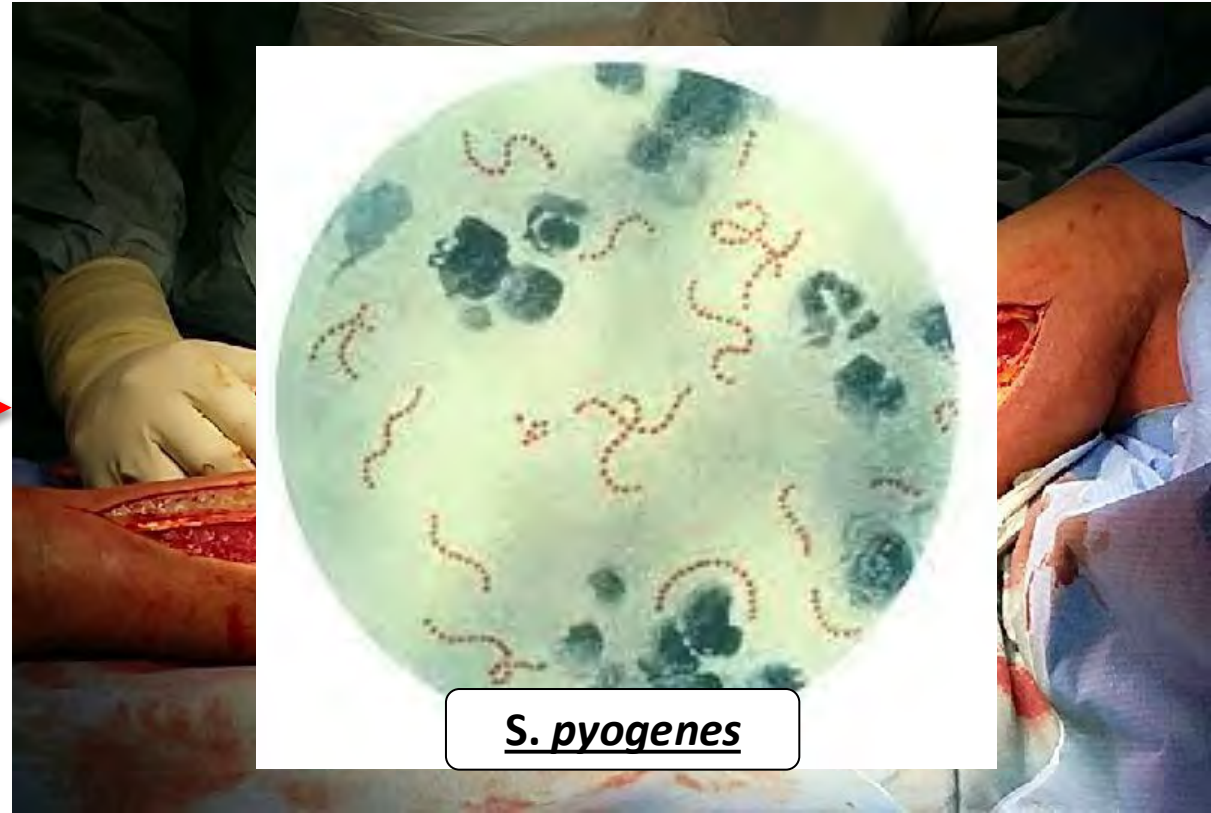
**PAS DE RATIONNEL A L'AUGMENTIN
(sauf formes cervicofaciales)**

**CLINDAMYCINE BÉNÉFIQUE SI STREPTO A
RAISONNABLE EN EMPIRIQUE**

**2-3 j après guérison (7-15 j au total)
(pas de donnée)**



- Jeune homme 16 ans, pas d'antécédent
- Prise d'AINS depuis 5 jours
- Consulte pour altération de l'état general
- 38.5°C
- Choc, lactate 8 mmol/L, NAD 8 mg/h



S. pyogenes

QUE FAITES VOUS ?

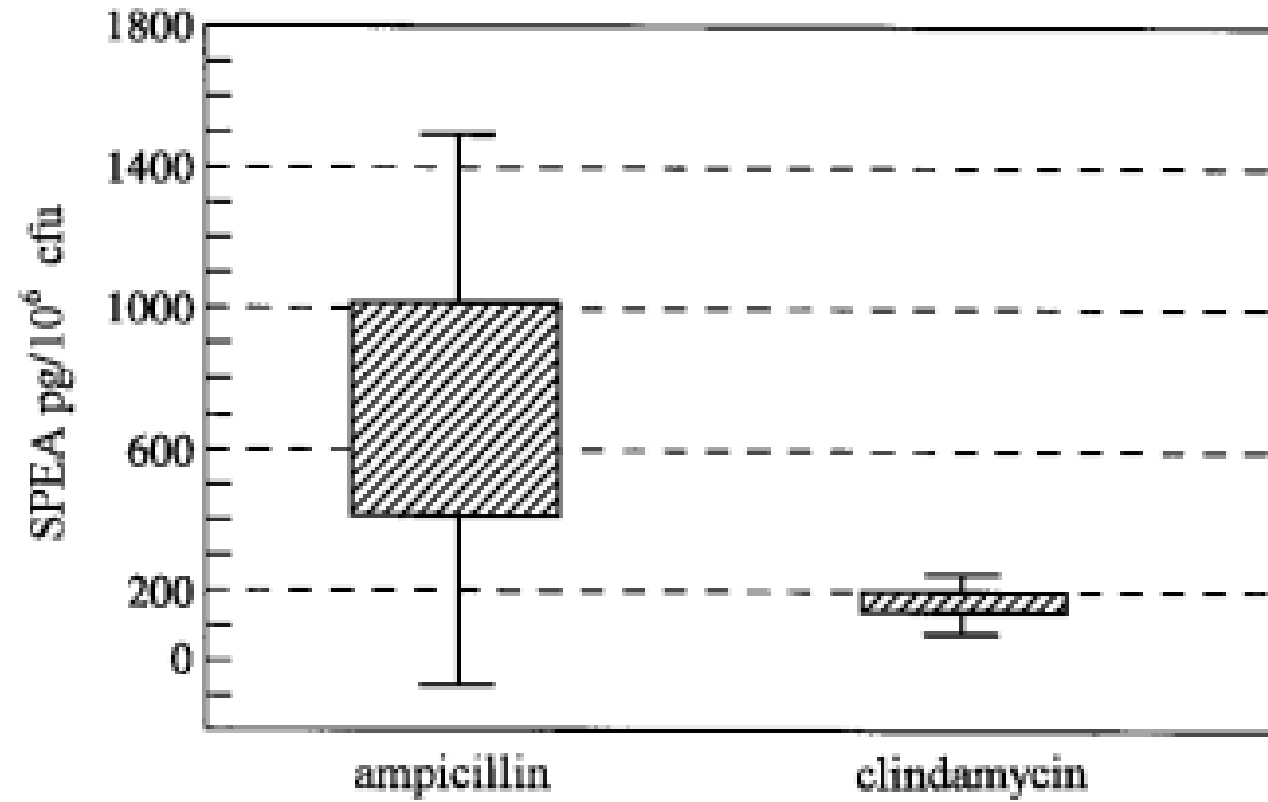


1. Je prescris des bolus de corticoïdes
2. Je transfère au caisson hyperbare
3. Je prescris des IgIV
4. Je prescris de la clindamycine
5. Je prescris des échanges plasmatiques

QUE FAITES VOUS ?



1. Je prescris des bolus de corticoïdes
2. Je transfère au caisson hyperbare
- 3. Je prescris des IgIV**
- 4. Je prescris de la clindamycine**
5. Je prescris des échanges plasmatiques





Infections invasives à **Strepto A:**

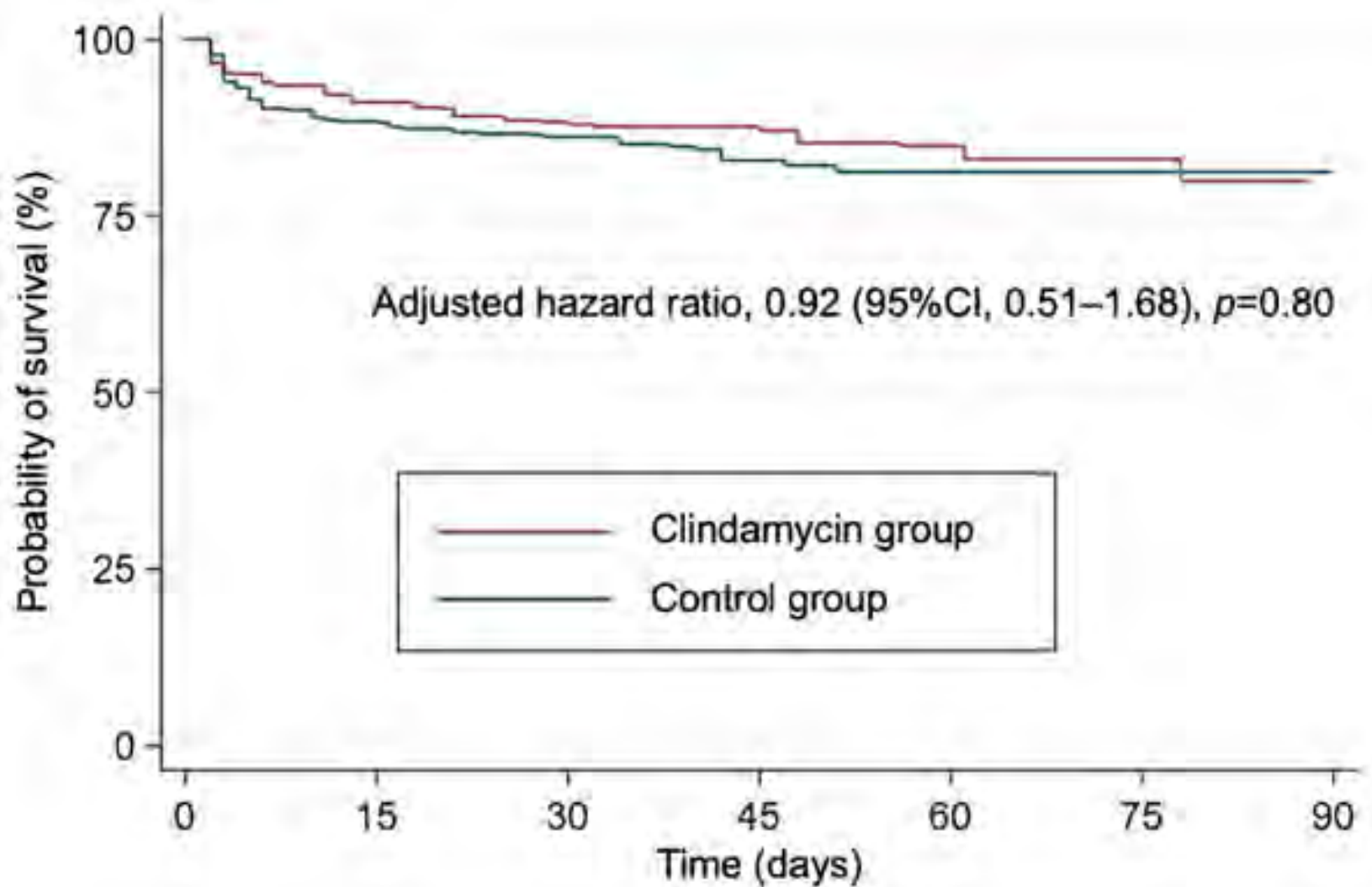
	Clindamycin treatment		No clindamycin treatment		p value		OR (95% CI)
	Patients	Mortality (%)	Patients	Mortality (%)			
Primary analysis							
Unmatched, unadjusted	343	28 (8.2%)	736	74 (10.1%)	0.32		0.80 (0.50-1.24)
Unmatched, adjusted*					0.0031		0.44 (0.25-0.75)
Propensity-matched (1:2), unadjusted	277	18 (6.5%)	500	55 (11.0%)	0.042		0.56 (0.32-0.96)
Propensity-matched (1:2), adjusted*					0.011		0.44 (0.23-0.81)

Infections invasives à **Strepto NON-A:**

	Clindamycin treatment		No clindamycin treatment		p value		OR (95% CI)
	Patients	Mortality (%)	Patients	Mortality (%)			
Primary analysis							
Unmatched, unadjusted	116	12 (10%)	761	37 (5%)	0.019		2.26 (1.10-4.35)
Unmatched, adjusted*					0.0090		2.73 (1.24-5.67)
Propensity-matched (1:2), unadjusted	102	10 (10%)	193	9 (5%)	0.094		2.22 (0.87-5.78)
Propensity-matched (1:2), adjusted*					0.067		2.60 (0.94-7.52)

Favours clindamycin treatment

Favours no clindamycin treatment



- Rétrospectif sur codage
- N=404, score propension
- Clinda à J0 vs pas de clinda à J0

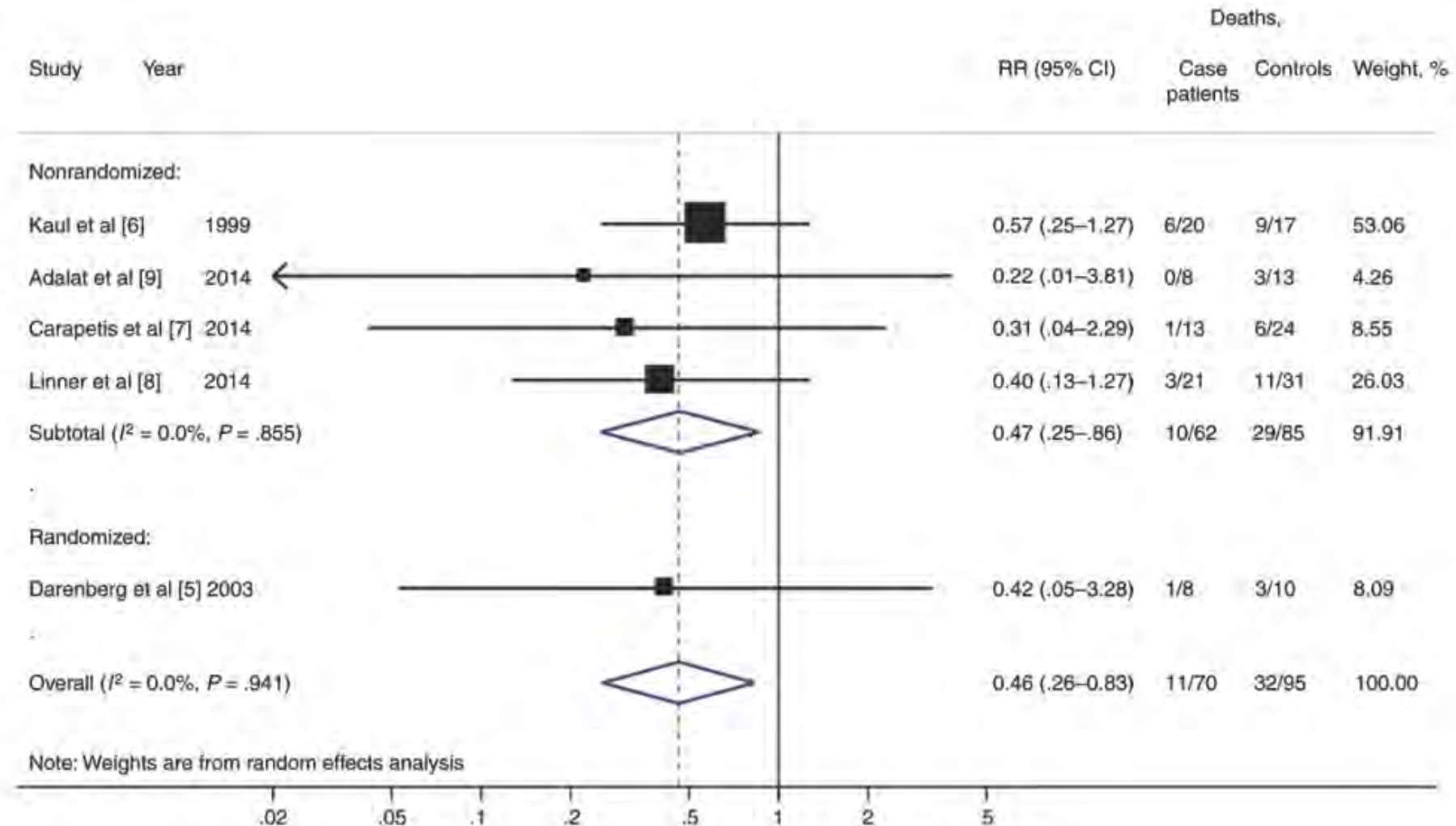
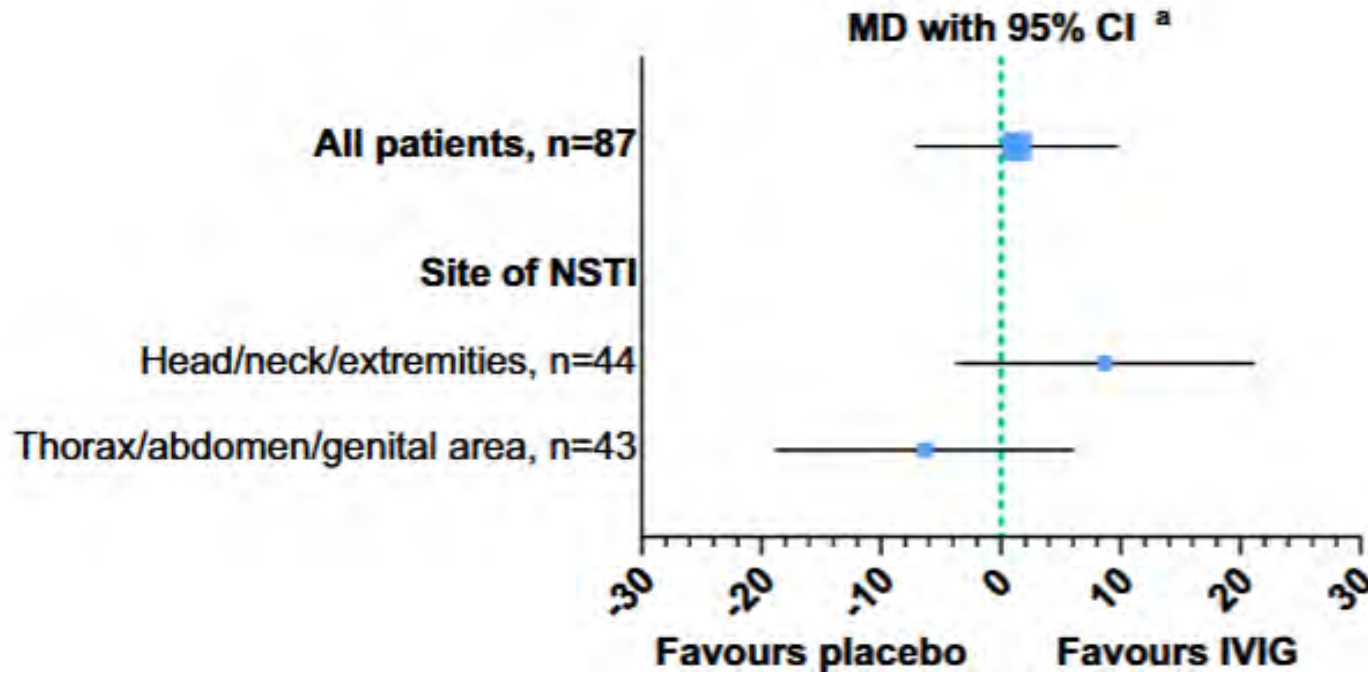
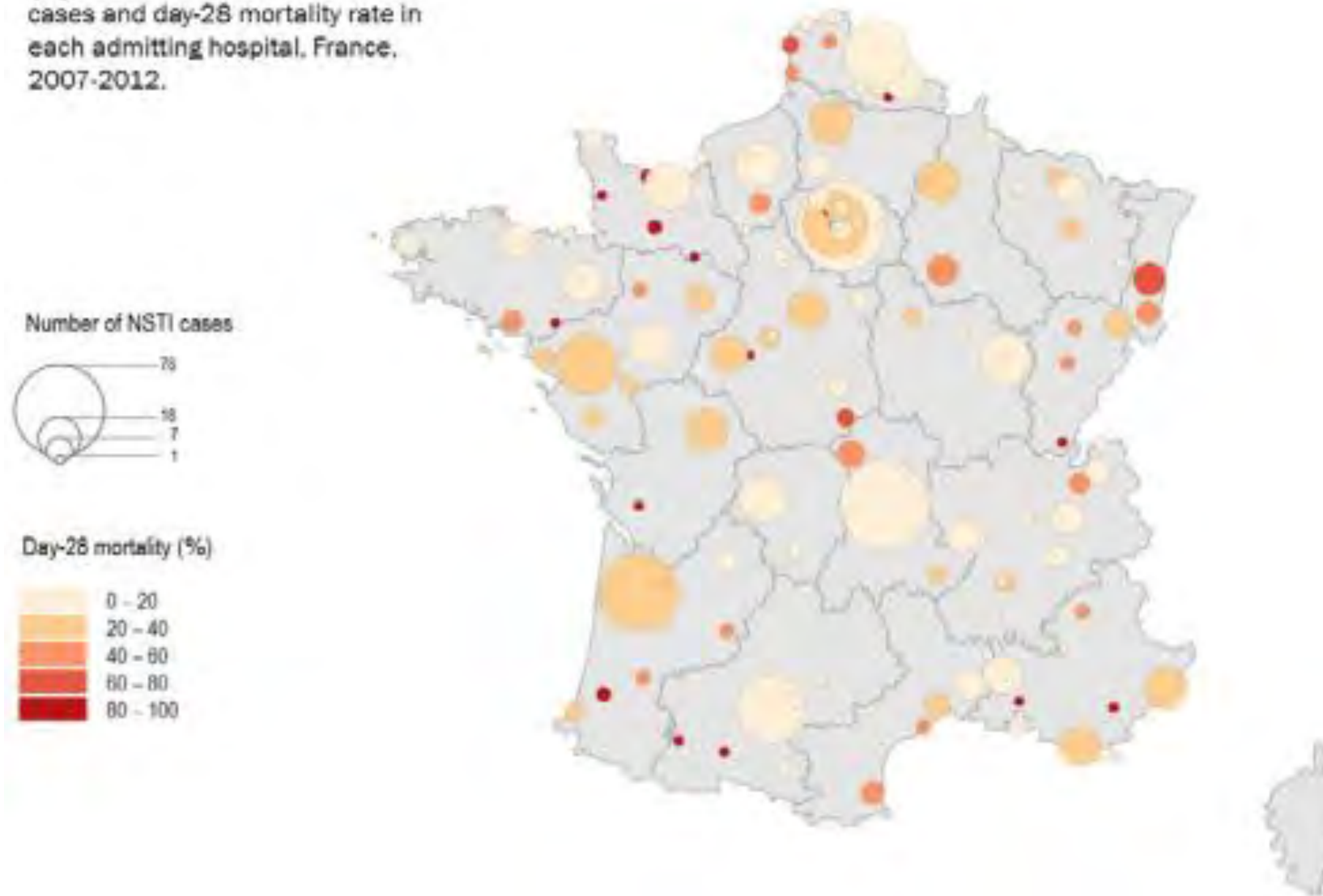


Figure 1. Forest plot showing the estimated risk ratio for mortality with or without intravenous immunoglobulin in clindamycin-treated streptococcal toxic shock syndrome. Abbreviations: CI, confidence interval; RR, risk ratio.





(a) Crude number of NSTI cases and day-28 mortality rate in each admitting hospital, France, 2007-2012.



**PRISE EN
CHARGE**

**MESURES
ADJUVANTES**



CLINDAMYCINE

**BÉNÉFIQUE SI STREPTO A
RAISONNABLE EN EMPIRIQUE**



**IMMUNOGLOBULINES
POLYVALENTES**

**PROBABLEMENT SI CHOC TOXINIQUE
PAS D'INTÉRÊT EN SYSTEMATIQUE**



**OXYGENOTHERAPIE
HYPERBARE**

**NE DOIT PAS RETARDER
LA CHIRURGIE**



**TRANSFERT EN CENTRE
«EXPERT»**

**SELON LE PLATEAU
MEDICO-TECHNIQUE**



- Patient de 50 ans, en foyer, diabétique,
- Antécédent de fasciite nécrosante *S.pyogenes*
- Ongle incarné hallux droit
- Hospitalisé la veille pour erysipèle
- Augmentin 24 h puis Tazocilline Clindamycine

QUE FAITES VOUS ?

1. J'opère le malade
2. J'examine le malade
3. Je demande une IRM
4. Je dose les CPK
5. Je biopsie le malade



QUE FAITES VOUS ?

1. J'opère le malade
- 2. J'examine le malade**
3. Je demande une IRM
4. Je dose les CPK
5. Je biopsie le malade





**KEEP
CALM
AND
CALL A
DERMATOLOGIST**



PUSTULOSE ÉXANTHÉMATIQUE AIGUE GÉNÉRALISÉE



TAKE HOME MESSAGES



URGENCE CHIRURGICALE

ANTIBIOTHERAPIE LARGE SPECTRE

