

Dermo-hypodermes nécrosantes

(Hors bactériologie et traitement)

Olivier MIMOZ

Anesthésie–Réanimation, CHU Poitiers

Inserm U1070

Université de Poitiers

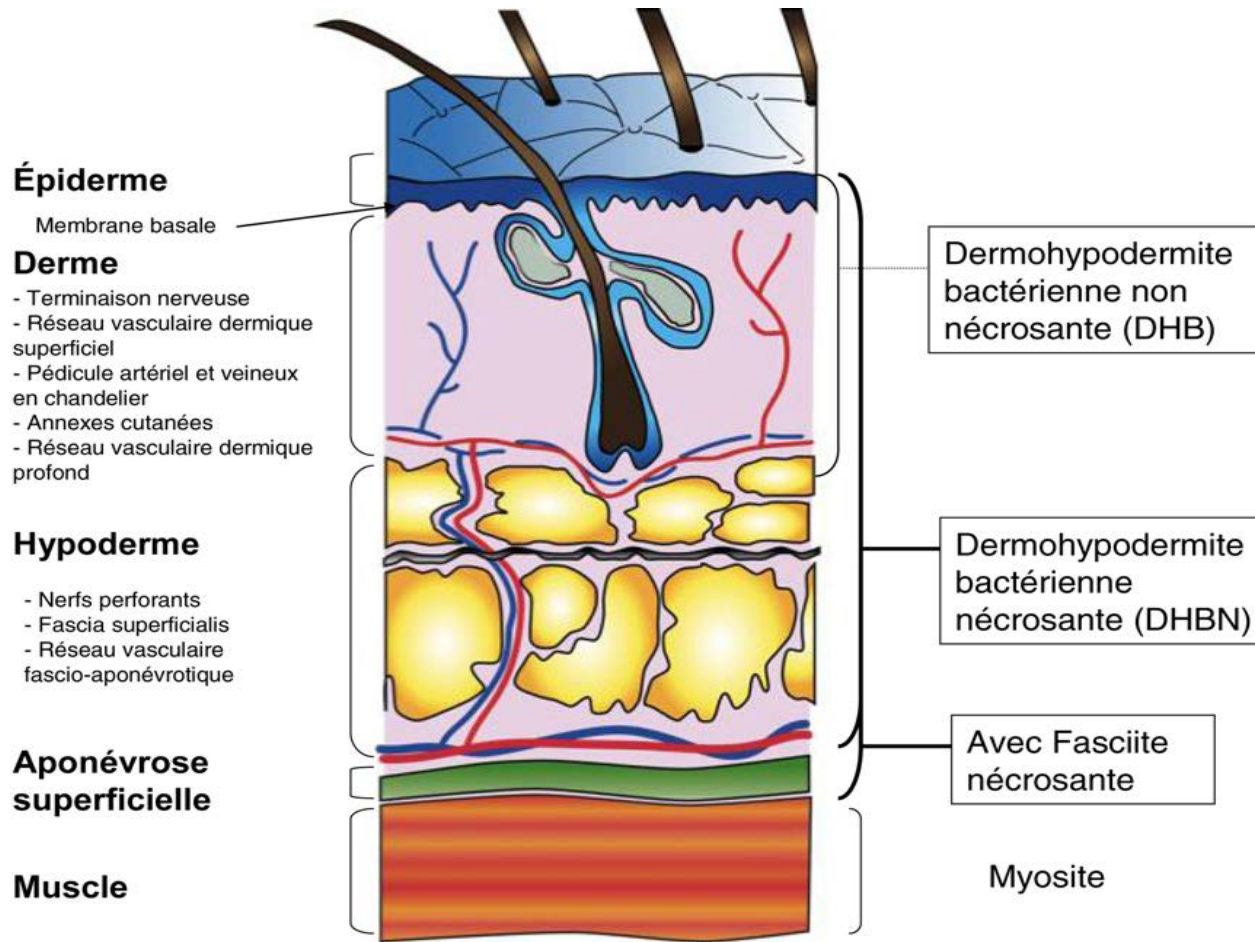
www.AtlanRea.org



Conflits d'intérêt

- Aucun

Anatomie - Définition

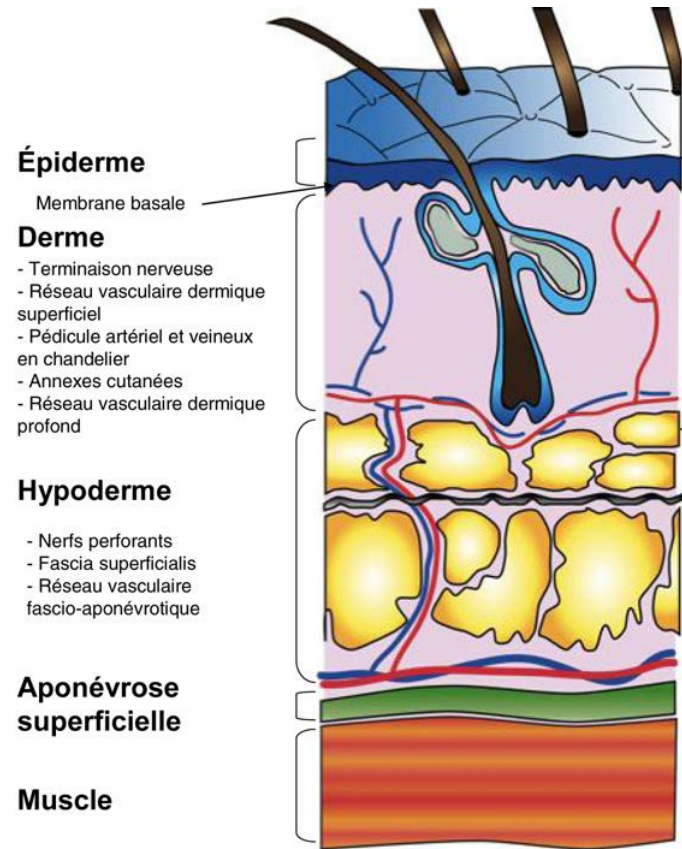


Incidence

- Peu de données fiables
- 3.5/100 000 habitants par an aux USA en 2001, soit 11000 cas/an
- 500-1000 cas/an rapportés aux USA en 2010
- < 1/100 000 habitants par an en France, soit 600 cas/an
- 500 cas/an en Angleterre

Physiopathologie

- Lésion cutanée
- Immunodépression - prédisposition
- Hypo-vascularisation pre-existante, lors du traumatisme ou secondairement (toxines, thromboses)



Forli A. et Semere A.

Facteurs de risque (1)

- Age <1 an ou >60 ans
- Comorbidités associées
 - *Cancer*
 - *Insuffisance cardiaque, vasculaire ou rénale*
 - *Diabète sucré*
 - *Obésité, dénutrition*
 - *Toxicomanie, alcoolisme*
 - *Immunosuppression...*

Facteurs de risque (2)

- Traumatisme
- Infections tissus mous
- Chirurgie
- Brûlés
- Lésions musculaires

Assessing the Relationship Between the Use of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs and Necrotizing Fasciitis Caused by Group A Streptococcus

- Revue de la littérature 60 études et cas cliniques
- "Current data do not support a causal role for NSAIDs in the development of GAS necrotizing fasciitis or a worsening of the infection once established. "
- Les AINS "pourraient" masquer les signes initiaux

Type I

- 70-80% des infections
- Infections mixtes aéro-anaérobies



Gangrène de Fournier



Angine de Ludwig

Type II

- 20-30%.
- Monomicrobiennes : Streptocoques β -hémolytique+++ , mais aussi *Staph aureus* (LPV)
- Rôle des AINS ?



Type III

- Plus rare
- Traumatisme ou contact avec milieu aquatique ou poisson frais (crustacés)
- *Clostridium*, *Vibrio*, *Aeromonas*

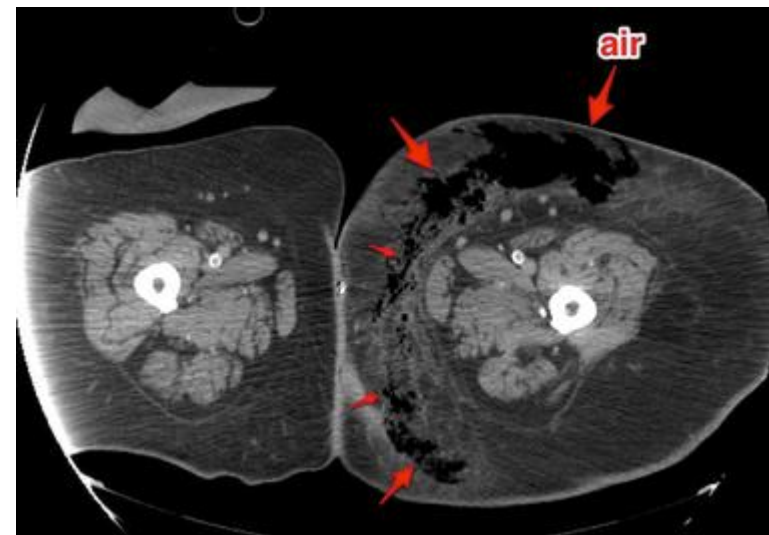
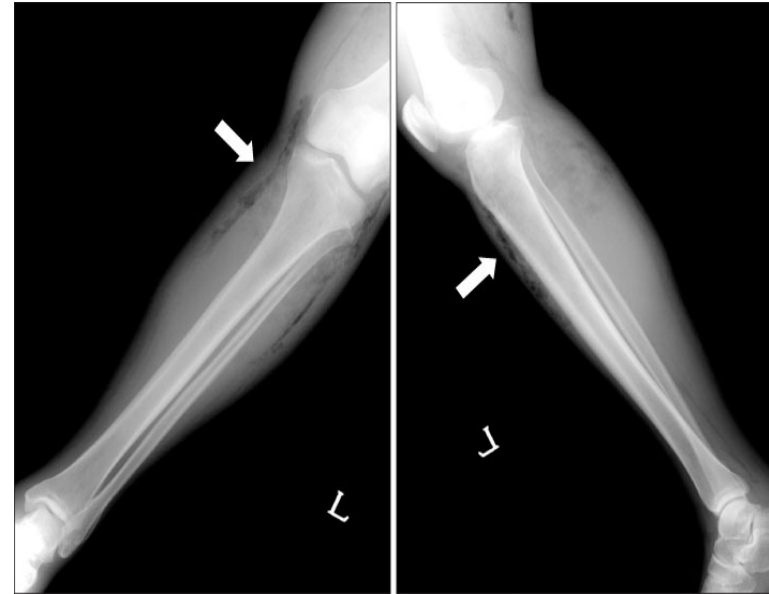


Clinique

- Douleur+++ disproportionnée, œdème et fièvre
- Syndrome toxique
- Signes cutanées retardés (bulles hémorragiques ou bleuâtres, placards nécrotiques, crépitations...)
- Anesthésie cutanée
- Défaillance viscérale
 - **Signes présents tardivement**
 - **Progression rapide**

Paraclinique

- CPK
 - Myosite
- Radiographies standards
 - Présence d'air
- TDM – Echographie
- (IRM au gadolinium)
- Bactériologie
 - Hémocultures (+ dans 25%)
 - Ponction sous-cutanée
 - Peropératoire (+ dans >80%)



Lab. risk indicator for NF (≥ 6)

Variable	Score
C reactive protein (mg/L):	
>150	4
White blood cell count (per mm³):	
<15	0
15-25	1
>25	2
Haemoglobin (g/dL)*:	
>13.5	0
11-13.5	1
<11	2
Sodium (mmol/L):	
<135	2
Creatinine (μmol/L):	
>141	2
Glucose (mmol/L):	
>10	1

En pratique

- Clinique retardée
 - Examens complémentaires d'intérêt limité
- ➡ Exploration chirurgicale précoce pour affirmer ou infirmer le diagnostic**

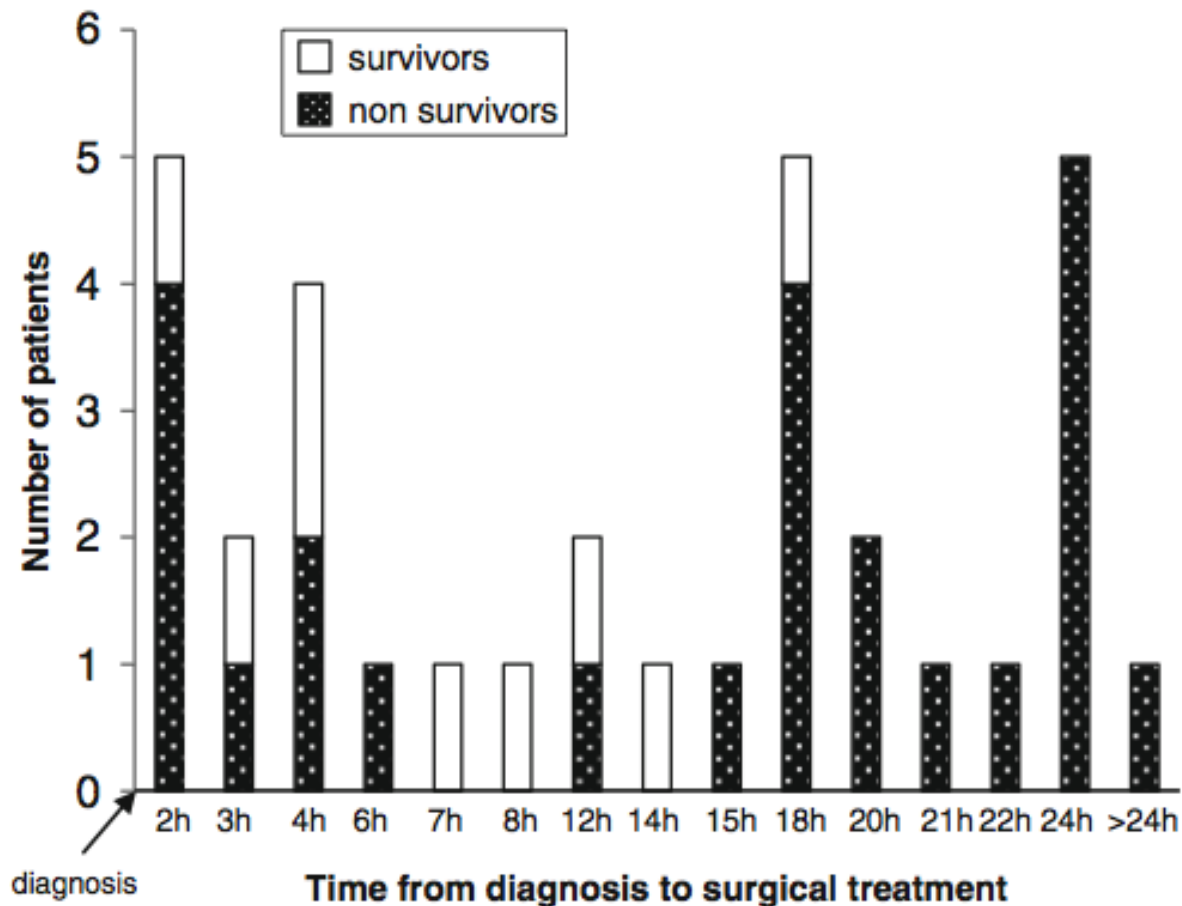
Conséquences

- Augmentation de la durée d'hospitalisation (Réanimation, chirurgie réparatrice, rééducation)
- Séquelles fonctionnelles importantes (pouvant aller jusqu'à l'amputation)
- Mortalité
 - 15 à 30%
 - 40% si choc associé
 - 50 à 60% en cas de choc toxique streptococcique

Facteurs de risque de mortalité

- Retard au diagnostic et au traitement chirurgical
- Immunodépression
- Défaillance(s) viscérale(s)
- Localisation des lésions au tronc
- Etendue des lésions
- Extension médiastinale (atteinte cervico-faciale)

Retard à la chirurgie



Retard à la chirurgie

Table 4 Results of multivariate analysis of hospital mortality in patients with severe NSTI

Variables	Adjusted OR	95% CI	<i>P</i> value
SAPS II	1.15	1.04–1.26	0.02
Cardiovascular disease			
No	1	–	
Yes	13.9	1.8–106	0.01
Localization			
Extremities	1	–	
Abdominoperineal	15.1	1.5–149	0.002
Time from first signs to diagnosis; <i>n</i> = 99 ^a			
>72 h	1	–	
≤72 h	0.09	0.01–0.68	0.02
Time from diagnosis to surgery in patients with septic shock; <i>n</i> = 33 ^b			
≤14 h	1	–	
>14 h	34.5	2.05–572	0.007

Factors associated with the mediastinal spread of cervical necrotizing fasciitis

- 130 fasciites nécrosantes cervicales consécutives
- 37 avec extension médiastinale à l'admission
- 40% sous AINS, 26% sous corticoïdes oraux
- Mortalité ($p=0.075$)
 - Avec extension : 16%
 - Sans extension : 5%

Factors associated with the mediastinal spread of cervical necrotizing fasciitis

	OR (IC 95%)	Valeur de P
Gaz	4.49 (2.15-9.40)	<0.0001
Origine pharyngée	2.17 (1.04-4.58)	0.039
Corticoïdes oraux	2.17 (0.99-4.76)	0.054

Conclusions

- Maladie rare
- Différentes entités
- Symptomatologie clinique retardée
- Examens complémentaires peu utile
- Urgence chirurgicale
- Morbi-mortalité reste élevée malgré progrès dans la PEC
- Attention aux corticoïdes et aux AINS