

Recuperer l'abtherapie

Dermo-hypodermite nécrosante

Necrotizing soft tissue infection

P. Soulier · S. Dautheville · P. Ray

Reçu le 30 mars 2016 ; accepté le 27 juin 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Une femme diabétique de 75 ans consulte aux urgences pour altération de l'état général. Son histoire a débuté il y a 48 heures par l'apparition de lésions cutanées du membre supérieur droit. Elle est ralentie et asthénique, peu douloureuse. La PA est à 99/69 mmHg, la FC à 77/mn, la SpO₂ en AA à 97 % et la T=38,6°C. L'examen clinique retrouve un membre œdématié, avec des plages nécrotico-ischémiques et des phlyctènes (Fig. 1). Le diagnostic de **dermo-hypodermite bactérienne nécrosante (DHBN) avec fasciite** probable est posé devant la rapidité d'installation du tableau associant ces lésions cutanées et le sepsis. Une antibiothérapie large probabiliste (**dalacine, amoxicilline, gentamycine**) associée à un remplissage vasculaire sont entrepris, en même temps que la prise en charge chirurgicale (parage chirurgical et excision des zones nécrosées) et réanimatoire. La patiente est transférée en centre adapté. Elle a passé six jours en réanimation chirurgicale avec plusieurs passages au bloc opératoire pour évaluation de l'état local et parage, puis 88 jours en chirurgie orthopédique. Les hémocultures et les prélèvements peropératoires ont retrouvé un **streptocoque pyogène du groupe A**, l'antibiothérapie initiale a donc été poursuivie. Malheureusement, à terme, seule l'amputation du membre a permis de stabiliser la patiente devant l'apparition d'une fonte purulente des fléchisseurs des doigts, ayant nécessité un **switch de l'amoxicilline par la tazocilline**. Pathologie rare mais gravissime, le diagnostic de DHBN avec fasciite était ici très probable devant le tableau clinique. Aucune imagerie n'est nécessaire si elle n'est pas disponible en urgence immédiate

(IRM), car elle retarderait la prise en charge thérapeutique. La biologie n'est que le témoin de la gravité (CPK) ou du pronostic (lactates, natrémie). Les bactéries impliquées comprennent les streptocoques pyogènes du groupe A, les staphylocoques dorés résistants à la méticilline et les bacilles



Fig. 1 A : photographie face antéro-interne de l'avant-bras et de la main droite. Flèche : zone œdématiée et ischémique avec phlyctènes sous la flèche noire. B : photographie face antéro-interne bras et avant-bras droit. Lividités de la face interne du bras. Flèche noire : phlyctènes hémorragiques

P. Soulier · S. Dautheville
Service d'accueil des urgences,
hôpital Tenon, 55 rue Pelleport,
F-75020 Paris, France

P. Ray (✉)
Sorbonne universités, UMPC, université Paris 06,
DHU Fighting Aging and Stress (FAST), Paris, France
e-mail : patrick.ray@tnn.aphp.fr

gram négatif, comme *Vibrio vulnificus* pour le membre supérieur [1]. Les facteurs favorisants connus sont le diabète, les pathologies vasculaires périphériques, l'immunodépression, l'alcoolisme, l'usage de drogues intraveineuses, l'obésité et l'âge. Le pronostic réside en la rapidité de la prise en charge pluridisciplinaire, la mortalité passant de 38 % à 4 % en cas de chirurgie précoce [2]. Le traitement empirique réside en l'association d'une antibiothérapie large intraveineuse par bêtalactamine et clindamycine (stoppant la pro-

duction d'exotoxine), avec une chirurgie de parage la plus précoce possible.

Références

1. Chauhan A, Wigton MD, Palmer BA (2014) Necrotizing fasciitis. J Hand Surg Am 39:1598–601
2. Morgan MS (2010) Diagnosis and management of necrotising fasciitis: a multiparametric approach. J Hosp Infect 75:249–57