

Fasciite nécrosante primitive de la paroi thoracique : complication mortelle du patient diabétique

Primitive necrotizing fasciitis of the thoracic wall: Fatal complication of diabetic patient

Layla Belliraj, Rabiou Sani, Ibrahim Issoufou, Marouane Lakranbi, Yassine Ouadnoui, Mohamed Smahi.

Département de chirurgie thoracique, CHU HASSAN II, Fès / Faculté de Médecine et de pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Fès, Maroc.

R É S U M É

Introduction : La fasciite nécrosante(FN) de la paroi thoracique est une affection rare des tissus sous cutanés et du fascia profond. L'atteinte thoracique primitive est exceptionnelle, et constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

But: rapporter notre expérience dans la prise en charge de cette pathologie rare dont le tableau clinique est méconnu par la plupart des praticiens.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 07 ans, colligeant 07 cas de fasciite nécrosante primitive de la paroi thoracique au service de chirurgie thoracique du CHU Hassan II de Fès.

Résultats : Il s'agissait de cinq hommes et deux femmes, avec un âge moyen de 58 ans. Tous nos patients étaient connus diabétiques mal équilibrés. Le motif de consultation était une tuméfaction de la paroi thoracique dans un contexte fébrile chez tous les patients. Sur les résultats de la Tomodensitométrie(TDM) thoracique, la présence d'une collection profonde des parties molles était retrouvée chez tous les patients. La prise en charge avait consistée à une large nécrosectomie, emportant la peau ainsi que le muscle adjacent. Les suites postopératoires étaient favorables chez cinq patients. Nous avons noté deux décédés post opératoire dans un contexte de choc septique.

Conclusion : La fasciite nécrosante de la paroi thoracique est une urgence médicochirurgicale, nécessitant un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adaptée conditionnant ainsi le pronostic.

M o t s - c l é s

Fasciite nécrosante ; paroi thoracique ; urgence diagnostique ; nécrosectomie ; greffe cutanée.

S U M M A R Y

Introduction: necrotizing fasciitis of the chest wall is a rare condition in subcutaneous tissues and deep fascia. Primary thoracic involvement is exceptional and is a diagnostic and therapeutic emergency.

Aim: To report our experience in the management of this rare pathology of which clinical picture is unknown by most practitioners.

Methods: This is a retrospective study carried out over a period of 07 years, compiling 07 cases of primitive necrotizing fasciitis of the thoracic wall at the department of thoracic surgery at the CHU Hassan II in Fez.

Results: Patients were five men and two women, with an average age of 58 years. All our patients were known to have poorly balanced diabetes. The reason for consultation was a swelling of the chest wall with fever in all patients. On the results of thoracic computed tomography (CT), the presence of a deep collection of soft tissue was found in all patients. The treatment was a large necrosectomy, taking away the skin as well as the adjacent muscle. Postoperative follow-up was favorable in five patients. We noted two deceased patients due to postoperative septic shock.

Conclusion: Necrotizing chest wall fasciitis is a medical and surgical emergency, requiring early diagnosis and rapid and appropriate management which will determine the prognosis.

Key - words

Necrotizing fasciitis; Chest wall; Diagnostic emergency; necrosectomy; Skin graft.

La fasciite nécrosante de la paroi thoracique est une affection rare, due à une infection rapidement progressive par des germes aérobies et anaérobies dits «mangeurs de chair»(1). Cette affection touche les tissus sous cutanés et le fascia profond, pouvant parfois atteindre les muscles sous-jacents. L'atteinte primitive de la paroi thoracique est exceptionnelle. Les quelques cas rapportés dans la littérature sont secondaires à un geste médical tel que le drainage thoracique, ou la biopsie transpariétale (1,2). C'est une urgence diagnostique et thérapeutique, responsable d'une mortalité élevée par le choc septique qu'elle entraîne. La prise en charge est une chirurgie sans délais encadrée souvent par une antibiothérapie à large spectre visant les germes les plus fréquents tel que le streptocoque (3,4). Cependant, cette chirurgie souvent large et mutilante pose le problème de recouvrement nécessitant le recours à une greffe cutanée. Le but de notre travail était de rapporter notre expérience dans la prise en charge de cette pathologie rare dont le tableau clinique est méconnu par la plupart des praticiens.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant d'août 2009 à août 2016 dans le service de chirurgie thoracique de CHU HASSAN II de Fez. Nous avons inclus tous les patients admis pour une FN de la paroi thoracique dont le caractère primitif avait été confirmé suite à un examen clinique qui avait permis d'écarter toute porte d'entrée. Un interrogatoire minutieux était la règle afin d'établir un lien entre la FN et l'éventualité d'un terrain sous-jacent. Pour chaque patient une TDM thoracique était nécessaire pour la confirmation diagnostique et l'évaluation de l'étendue

de la lésion. L'ensemble de ces données cliniques et paracliniques notamment la TDM thoracique ainsi que la prise en charge et l'évolution des patients avaient été reportés sur une fiche d'exploitation préalablement établie.

RÉSULTATS

Il s'agissait de cinq hommes et deux femmes, âgés de 48 à 66 ans, avec un âge moyen de 58 ans. Tous les patients étaient connus diabétiques mal équilibrés. Le motif de consultation était une tuméfaction inflammatoire de la paroi thoracique. Le délai moyen entre la consultation et l'apparition de la symptomatologie était de trente-six jours, avec des extrêmes allant de 7 à 60 jours. L'examen clinique à l'admission avait objectivé une fièvre avec un placard érythémateux de la paroi thoracique, surmontée d'une nécrose cutanée d'étendue variable, associée ou non à une collection sous cutanée. Aucune porte d'entrée n'a été notée chez tous nos patients (Figure1a). Le bilan biologique avait retrouvé de façon constante une hyperleucocytose à prédominance de polynucléaires neutrophiles associée à une élévation de la protéine C réactive dans un contexte d'hyperglycémie. La décompensation acido-cétosique était retrouvée chez quatre patients. Les sérologies hépatiques, syphilitique et HIV réalisées chez tous les patients à la recherche d'un terrain d'immunodépression autre que le diabète étaient revenues négatives. La TDM thoracique réalisée chez tous les patients avait permis de découvrir une collection étendue et profonde des parties molles avec une infiltration de tout le tissu sous cutané adjacent (figure 1.b). 4 une insulono-thérapie dans l'objectif de contrôle diabétique. Une antibiothérapie probabiliste à large

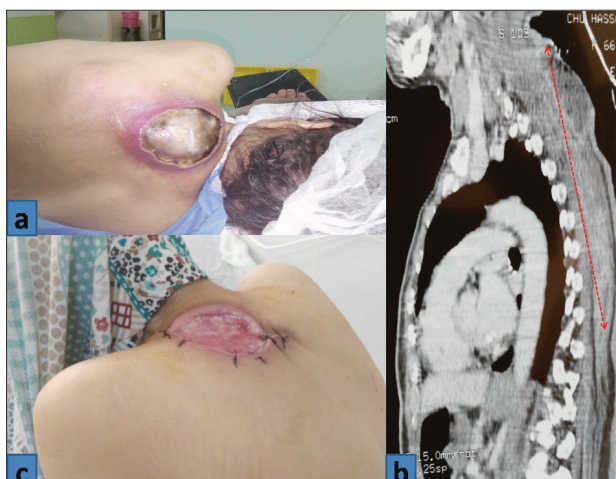


Figure 1: -a : Fasciite nécrosante dorsothoracique chez une patiente installée en décubitus latéral droit juste avant l'exérèse chirurgicale .

-b : TDM thoracique en coupe sagittale montrant une collection des parties molles cervicothoracique de C3 à D9 (flèche rouge)

-c : Aspect postopératoire d'une nécorectomie emportant la lésion chez la même patiente .



-Figure 2: Vue postopératoire au cours du changement de pansement d'une large nécorectomie mettant à nu une partie des muscles trapèze et grand dorsal.

spectre associant une bêta lactamine à un imidazolé précédait la prise en charge chirurgicale qui était une nécrosectomie large, emportant tous les tissus concernés (figure 2). L'étude bactériologique de prélèvement purulent avait mis en évidence un staphylocoque doré chez tous les patients. L'évolution était favorable sous antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme. La suite de la prise en charge consistait à une préparation du lit de la greffe cutanée, par un pansement régulier jusqu'à la détersion complète de la zone réséquée. Cinq patients avaient été adressés en chirurgie plastique pour greffe cutanée complémentaire (figure 1c). Deux patients étaient décédés suite à un choc septique à J+7 et à J+3 du post opératoire.

DISCUSSION

La fasciite nécrosante (FN) ou dermo-hypodermite bactérienne nécrosante est le stade le plus sévère des infections de la peau et des tissus mous puisqu'elle atteint tous les plans cutanés (épiderme, derme, hypoderme), les fascias profonds et parfois les muscles sous-jacents (3). Il s'agit d'une affection rare, rapidement progressive, et d'évolution foudroyante, responsable d'un taux de mortalité pouvant atteindre 30 à 76% (2,3). Elle est due à des infections par des germes à fort pouvoir toxigène représentés essentiellement par le streptocoque du

groupe A et le Clostridium perfringens, d'autres types de bactéries comme le streptocoque G ou S et le staphylocoque doré peuvent être également responsable comme rapporté dans notre série (tableau2). Une atteinte polymicrobienne est rapportée dans 40 à 90% des cas chez les patients présentant des facteurs de risque(2,3). Les facteurs de risque reconnus sont: l'âge > 50 ans, le diabète (comme les cas de notre série), les troubles vasculaires périphériques (36%), l'alcoolisme chronique et la toxicomanie (15 à 20%), et l'immunodépression (cancers, traitements immunosuppresseurs, chimiothérapie). Les AINS sont souvent retrouvés comme facteur aggravant (2,5). L'atteinte primitive de la paroi thoracique est exceptionnelle. Les quelques rares cas cliniques rapportés dans la littérature sont secondaires à un drainage thoracique, à une chirurgie pulmonaire ou œsophagienne, à une biopsie pulmonaire transpariétale ou à un empyème thoracique (3,6). Dans notre série aucun de ces gestes n'as été réalisés chez nous patients, ainsi qu'aucune porte d'entrée pouvant être à l'origine de leur FN n'a été retrouvée à l'examen clinique. La prise en charge est pluridisciplinaire, repose essentiellement sur un débridement précoce et complet des tissus infectés et nécrosés afin de limiter l'extension du processus infectieux associé à une antibiothérapie première qui sera adaptée en fonction du ou des germes identifiés.

Tableau 1: Résumé clinique, paracliniques et thérapeutique.

Patient	Sexe	Age	Antécédents	Durée d'évolution	Leucocytes $10^9/L$	CRP mg/l	Glycémie g/l	BAC	TDM thoracique	Germes responsables	Suite
1	F	60	Diabétique depuis 4 ans sous ADO	07 jours	25,16 PNN à 86,87%	247	3	Oui	Infiltration de la paroi thoracique arrivant jusqu'au plans musculaires	staphylocoque doré	Greffe cutanée
2	M	48	Diabétique depuis 9 ans sous ADO	52 jours	14,670 PNN à 73,3%	34	2,40	Non	Infiltration profonde de la paroi thoracique	staphylocoque doré	Greffe cutanée
3	M	60	Diabétique depuis 5 ans sous insuline	30 jours	15,690 PNN à 79,5%	96	3,3	Oui	Infiltration de la paroi thoracique arrivant jusqu'au plans musculaires paravertébraux, s'étendant jusqu'à la moelle	staphylocoque doré	Greffe cutanée
4	M	53	Diabétique depuis 12 ans, sous ADO	60 jours	18,500 PNN à 75%	176	3,5	Non	Collection des parties molles qui s'étend depuis C3 jusqu'à D10, avec des bulles d'air	staphylocoque doré	Décédé à J+7
5	M	61	Diabétique depuis 12 ans, sous ADO	60 jours	17,240 PNN à 81%	167	2,67	Non	Collection des parties molles de la partie supérieure de la paroi thoracique postérieure avec bulles d'air.	staphylocoque doré	Perte de vue
6	F	66	Diabétique depuis 20 ans sous insuline	30 jours	17,500 PNN à 78%	116	2,5	Oui	Collection des parties molles cervicothoracique de C3 à D9	staphylocoque doré	Greffe cutanée
7	M	60	Rien	15 jours	13,980 PNN à 80%	250	3,57	Oui	Collection des parties molles cervicothoracique de C3 à D9	staphylocoque doré	Décédé à J+3

Tableau 2 : Les germes isolés en cas de FN selon la référence (4)

;

Une fois l'étape antibiothérapie-excision chirurgicale réalisée, survient la période de cicatrisation. Parmi les techniques de cicatrisation alternatives, seule l'utilisation complémentaire de la thérapie par pression négative appelée également VAC (Vacuum Assisted Closure) dans cette phase a fait ses preuves, en drainant les sécrétions, favorisant la circulation, permettant ainsi la réduction de la taille de la perte de substance avec une granulation des

tissus préparant ainsi le lit de la greffe (2). L'oxygénothérapie hyperbare est également récemment rapportée comme traitement adjuvant des FN en réduisant substantiellement la mortalité et la durée du séjour hospitalier (5). Ces techniques sus-décrites non utilisées chez nos patients par manque de moyen, pouvaient être contributives dans la prise en charge de nos patients, vue l'extension des lésions. La reconstruction pariétale, étape finale du traitement, se fait par lambeau cutané ou musculo-cutané en fonction de l'importance de perte de substance(3). Dans notre série, cinq patients ont été adressés en chirurgie plastie pour greffe cutanée, dont quatre patients étaient greffés et un perdu de vue. En effet la technique de la greffe cutanée, dépend de l'étendue et l'importante de la perte de substance ainsi que du désir du patient de se faire greffer. Il peut s'agir d'une greffe de la peau totale, d'une pastille ou d'une cicatrisation dirigée.

CONCLUSION

La fasciite nécrosante est une pathologie qui atteint exceptionnellement la paroi thoracique, et survient généralement sur des terrains d'immunodépresseurs comme le diabète. Son pronostic péjoratif peut être amélioré par un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adaptée, basée sur l'exérèse large des lésions associée à une antibiothérapie.

REFERENCES

1. David Jérémie Birnbaum, Xavier Benoit D'Journo, Jean Philippe Avaro et al. Fasciite nécrosante de la paroi thoracique. Chirurgie Thoracique Cardio-Vasculaire - 2009 ; 13 : 49-52.
2. Narindra Njarasoa Mihaja Razafimanjato et al. Fasciite nécrosante de la paroi thoracique compliquant un empyème. Pan African Medical Journal. 2013; 16:108 doi:10.11604/pamj.2013.16.108.2616
3. M. Smahi, M. Lakranbi, N. Tazi. Fasciite nécrosante de la paroi thoracique. Ann Chir Plast Esthet (2010) 55, 603-605. Doi:10.1016/j.anplas.2010.01.005
4. Dupont.H. Fasciite nécrosante. MAPAR (2007) 527-534.
5. PP. Schütz et al. / Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology 24 (2012) 32–35.Doi:10.1016/j.ajoms.2011.07.001
6. K. Nouira et al, Fasciite nécrosante compliquant une ponction-biopsie transthoracique. Rev Pneumol Clin 2007 ; 63 : 273-276