



EVOLUTION MORTELLE D'UNE FASCIITE NECROSANTE FACIO-PALPEBRALE FATAL EVOLUTION OF FASCIITIS NECROTIZING FACIO PALPEBRAL

Wadrahmane A. ,Elmaaloum L., Lamsaddar I. Cherrabi N., Serraj Andaloussi B., Teach F., Pierret H., Allali B. , Elkettani A. , Zaghloul K.
Service d'ophtalmologie pédiatrique. Hôpital 20 Aout. Casablanca. Maroc

Résumé : La fasciite nécrosante est une infection grave, rare et rapidement évolutive par atteinte des fascias et des tissus sous-cutanés engageant le pronostic vital. Il s'y associe souvent un syndrome septique plus ou moins sévère, présent chez la moitié des cas (1). Nous rapportons l'observation d'un cas de fasciite faciale nécrosante avec extension palpébrale suite à un traumatisme jugale minime chez une patiente âgée de 82 ans diabétique non-insulinodépendante. Malgré un traitement médical et chirurgical urgent, l'évolution était défavorable.

Mots clés : Nécrose cutanée, traumatisme minime, évolution défavorable

Summary : Necrotizing fasciitis is a severe infection, rare and rapidly progressive achievement by fascia and subcutaneous tissue life-threatening. It may often combines a severe septic syndrome, which present in half of the cases (1). We report a case of necrotizing fasciitis with facial eyelid extension following minimal trauma on the cheek of diabetic patient has 82 years old. Despite an urgent medical and surgical treatment, the outcome was unfavorable.

Keywords: Skin necrosis, minimal trauma, unfavorable

La fasciite nécrosante est un processus infectieux exceptionnel grave des tissus sous-cutanés avec gangrène cutanée et thromboses vasculaires apparaissant dans les jours qui suivent un traumatisme cutané souvent mineur. La localisation orbito-palpébrale demeure rare. A partir de cette observation, nous soulignons la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement urgent vu l'évolution dramatique de la patiente.

OBSERVATION :

Il s'agit de Mme R. T. âgée de 82 ans, diabétique non insulino dépendante mal équilibrée, victime d'un traumatisme minime jugal gauche par une épingle métallique occasionnant une éraflure qui n'a pas été traité et qui s'est inflammée dès le lendemain du traumatisme. Vu sa négligence par la patiente, l'évolution est marquée par l'apparition au 3ème jour d'une nécrose prenant toute la joue et la paupière gauches. La patiente a été admise aux urgences dans un tableau de coma acido-cétosique nécessitant son hospitalisation en réanimation. L'examen général à l'admission a retrouvé une patiente inconsciente avec un glasgow à 10/15, tachycarde à 100 battements/min et fébrile à 38 °. L'examen ophtalmologique a retrouvé une acuité visuelle difficile à chiffrer, une nécrose cutanée de la paupière, de la région jugale et temporale gauches avec une extension de la nécrose à la paupière droite (Figure 1 et 2). L'examen du segment antérieur et du fond d'œil a été normal au niveau des deux yeux. Le bilan biologique a retrouvé une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à 70.107 /mm³ et une CRP à 342 mg/dl. La TDM cranio-cérébrale a été normale. Après réalisation d'un prélèvement pour examen bactériologique, un traitement antibiotique à large spectre est administré à base de : vancomycine, métronidazole et gentamicine. Le prélèvement bactériologique a objectivé un streptocoque beta hémolytique du groupe A. L'état général s'est aggravé ainsi que les signes locaux avec extension de la nécrose cutanée à l'hémiface gauche. Une excision chirurgicale des tissus nécrotiques est effectuée en urgence. La patiente est décédée après 7 jours d'hospitalisation par un choc septique.



Figure 1 : photo de face montrant la nécrose cutanée palpébrale, jugale et nasale gauche étendue à la paupière droite.



Figure 2 : photo de profil montrant la nécrose cutanée de la région temporale gauche





DISCUSSION :

La fasciite nécrosante est initialement décrite en 1924 par Meleny sous le terme de «gangrène streptococcique hémolytique» (2). Le processus touche essentiellement les extrémités, l'abdomen, le dos, les régions génitales et péri anales chez des patients de tout âge, sans prédilection de sexe ni de race (3). Le diabète, l'artério sclérose et l'alcoolisme sont des facteurs prédisposants (4,5). La localisation orbito-palpébrale est rare (6), quelques rares cas ont été rapporté dans la littérature. Dans près d'un tiers des cas aucune cause évidente n'est retrouvée. La fasciite nécrosante est souvent précédée d'un traumatisme mineur, d'une chirurgie notamment après dacryorhinocystostomie ou blépharoplastie, plus rarement d'une infection des voies aériennes supérieures, d'une piqure d'insecte ou d'une extraction dentaire. (7)

L'infection évolue très rapidement dans les 48 à 72 heures avec apparition d'un œdème inflammatoire puis d'une modification de la coloration cutanée qui devient bleue violacée. La nécrose cutanée se développe au 4^{ème} – 5^{ème} jour avec suppuration sous jacente. L'isolement du germe en cause se fait sur le prélèvement du pus par ponction cutanée ou parfois sur les hémocultures. Le plus souvent le Streptocoque β hémolytique du groupe A est en cause (8). Des thromboses vasculaires avec ischémie chorioretinienne et cécité sont rapportées (6) dans la littérature. Un choc toxique grave avec défaillance multiviscérale est alors susceptible de survenir pouvant entraîner le décès des patients dans 10 à 70 % des cas selon les séries (9).

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec l'érysipèle, la gangrène gazeuse et le charbon palpébral. La tomographie ou l'imagerie par résonance magnétique permettent de mieux préciser l'étendue de l'infection et d'aider à planifier l'intervention chirurgicale. Cependant, il faut souligner que le diagnostic est clinique et que le traitement ne doit pas être retardé pour des raisons d'investigations biologiques ou radiologiques (7)

Une réanimation et une antibiothérapie parentérale adaptées doivent être immédiatement débutées. Dans l'attente de l'isolement du germe, une couverture large des bacilles gram positifs, négatifs et anaérobie est préconisée (8). Le débridage, le lavage et le parage des tissus nécrotiques détruisant la zone non vascularisée et infectée permettent de réduire la charge microbienne et ainsi l'évolution de l'infection. Il s'agit d'une chirurgie qui doit être large en excisant tous les tissus atones et nécrotiques jusqu'au plan musculaire bien vascularisé, en évitant d'être trop délabrant dans cette zone frontière entre la peau et l'orbite (1). Les complications orbitaires, paranasales, extracrâniennes et endocrâniennes restent exceptionnelles et sont une urgence vitale (10).

L'atteinte orbitaire est associée à 1-2% de mortalité et une incidence de 3-11% de séquelles définitives (10,11)

CONCLUSION :

La fasciite nécrosante est une infection grave mettant en jeu le pronostic vital. Elle survient avec prédilection chez les patients immunodéprimés ou tarés. Chez notre patiente, l'évolution était rapide aggravée par l'âge avancé de la patiente et le déséquilibre glycémique. Malgré un traitement médical et chirurgical urgent, l'issue fatale de la patiente n'a pas pu être évitée.

RÉFÉRENCE :

- 1 - A. Robin, G. Méry, J.-L. George, T. Fasciite nécrosante de la face après un traumatisme palpébral mineur: rôle des anti-inflammatoires. *J Fr Ophtalmol* 2010 ; 33 : 568-572
- 2- Meleney FL. Hemolytic streptococcus gangrene. *Arch. Surg* 1924;9:317-63
3. WJ. Rea, WJ. Wyrick. Necrotizing fasciitis. *Ann Surg* 1970;172:957-64.
- 4- M. Bahna, RF. Canalis. Necrotizing fasciitis (Streptococcal gangrene) of the face. Report of a case and review of the literature. *Arch Otolaryngol* 1980;106:648-51.
- 5- MN. Nallathambi, RR. Ivatury, M. Rohman, et al. Craniocervical necrotizing fasciitis: critical factors in management. *Can J Surg* 1987;30:61-3.
- 6 - Shayegani A, MacFarlane D, Kazim M, Grossman ME. Streptococcal gangrene of the eyelids and orbit. *Am J Ophthalmol* 1995;120:784-92
- 7- I. Benatiya Andaloussi, M. Abdellaoui, S. Bhallil. Fasciite nécrosante orbito-palpébrale, compliquant une pansinusite chez une patiente diabétique. *Pan African Medical Journal*. 2011 ; 10:10
- 8- C. Costet-Fighiera, J. Lagier, F. Bastiani-Griffet, E. Bernard, P. Gastaud. Fasciite nécrosante orbito-palpébrale : une urgence ophtalmologique à pronostic vital. *J Fr Ophtalmol.*, 2002; 25, 4: 375-378
- 9- Riefler J III, Molavi A, Schwartz D, DiNubile M. Necrotizing fasciitis in adults due to group B streptococcus. Report of a case and review of the literature. *Arch Intern Med* 1988;148:727-9
- 10- Epstein VA, Kern RC. Invasive fungal sinusitis and complications of rhinosinusitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2008;41 :497- 524
- 11- Bayonne E, Kania R, Tran P, Huy B, Herman P. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management. *Rhinology* 2009;47 : 59—65

