

# GANGRENE DE FOURNIER A PROPOS D'UN CAS

S Hadjit, S Boukadoum, A Touhami, N Zoghleche, N Zerouki, H Boumaraf service de néonatalogie CHU Constantine

**INTRODUCTION** La Gangrène de Fournier est une forme de fasciite nécrosante génitale, périnéale et périanale qui résulte d'une infection polymicrobienne dont la source peut être génito-urinaire, colorectale, cutanée ou idiopathique et qui est potentiellement létale. Elle est rare et peut se voir quelque soit l'âge. Son mode de présentation parfois atypique, son retentissement général, parfois modeste au début, entraînent souvent un retard dans le diagnostic et le traitement. De pronostic sévère malgré le progrès des mesures thérapeutiques.

**METHODE** A propos d'un cas

## RESULTATS

N-né R. Lokmane originaire et demeurant à Constantine, l'unique d'un couple non consanguin né le 11/01/2022 par voie haute, Prématuré de 36 SA, Apgar correcte, eutrophique, correctement vacciné sous allaitement mixte de la naissance. Issu d'une mère présentant un diabète gestationnel sous insuline, consulte à notre niveau le 14ème jour de vie pour une nécrose étendue de la région périnéale compliquant d'un érythème fessier mal soigné depuis cinq jours.

**L'examen clinique** : N-né de sexe masculin geignard présentant un sepsis sévère fait d'une hypothermie, sclérome généralisé, plusieurs plaques de nécrose avec perte de substance en périanale et périnéale ainsi les fessiers et la zone inguinale gauche. une déshydratation sévère sur un fond de dénutrition (perte pondérale estimé à 17%)

## Biologie:

-NFS : PLAT : 43000elt/mm 3, CRP :

204mg/l, hypoglycémie, Insuffisance rénale fonctionnelle.

Bilan métabolique, hépatique, ionique, phosphocalcique, immunité cellulaire, coproparasitologie des selles correctes.

**Etude cytbactériologique des zone ulcérées** : absence des éléments cellulaires, présence de bacilles (E.coli), rares cocci(anaérobies, staphylocoques). Sensibles au C3G, métronidazole et vancomycine.

## Traitement :

la première consiste en un débridement extensif associé à une antibiothérapie parentérale et rééquilibration

hydro électrolytique .Les soins locaux : par crème cécatrisante (Mebo), Tulgra, Biatain Alginate non adhésif appliqués sur Les zones débridées et dénudées puis recouvertes par des compresse mouillées et essorées. Les plaies ont été inspectées tous les jours jusqu'à leurs cicatrisation .

**Evolution** :favorable, au 25ème jour d'hospitalisation, une anémie sévère nécessitant une TSF par le CG, un bon tissu de granulation fut obtenu grâce au pansement humide. La reconstruction cutanée est obtenue après 45 jours du traitement, avec normalisation de bilan biologique et récupération pondérale.



# GANGRENE DE FOURNIER A PROPOS D'UN CAS

S Hadjit, S Boukadoum, A Touhami, N Zoghleche, N Zerouki, H Boumaraf service de néonatalogie CHU Constantine

**DISCUSSION** Les fasciites nécrosantes des organes génitaux externes et du périnée sont décrites pour la première fois par Baurienne en 1764, mais c'est Fournier qui donna son nom à la maladie en décrivant, en 1883, cinq cas survenant chez des hommes jeunes, de gangrène du scrotum L'incidence vraie de la maladie n'est pas connue. Dans la plupart des cas rapportés, l'âge des patients variait entre 30 et 60 ans. Une revue de la littérature en 1996 trouva 56 cas pédiatriques, dont 66 % âgés de moins de trois mois Les hommes sont dix fois plus atteints que les femmes.

## a) Clinique

Le tableau clinique de notre malade, âgé 14 jours, se rapproche de ceux décrits par Kabanga et al, Sataa Sallami et al. Le malade consulte au cinquième jour. L'affection touche la région génitopérinéale, comme décrite par Jean Alfred Fournier, elle s'étend plus facilement au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen à cause de la ressemblance, de la contiguïté des fascias périnéal et abdominal et des conditions d'anaérobiose. L'association microbienne favorise la nécrose tissulaire.

## b) Etiologie

Ce cas est secondaire à un érythème fessier mal soigné causé par E.coli et Staphylococcus aureus. Ghnam WM trouva un résultat similaire, en affirmant que la gangrène de Fournier est secondaire à une cause colorectale comme abcès périanal, érythème fessier. Les germes gagnent les organes génitaux externes par contiguïté après avoir réalisé la lyse cellulaire, les thromboses des micro- vaisseaux de tissus sous-cutanés et de fascia périnéal.

## c) Para clinique

L'hématocrite; la natrémie normale. Ces résultats corroborent ceux trouvés par Sataa Sallami et al, ainsi que Lin TY et al. Ils affirment tous le rôle déterminant de la natrémie et de l'hématocrite dans l'issue thérapeutique. Ainsi notre malade a présenté une thrombopénie sévère qui est rattachée à l'infection sévère et une IR fonctionnelle secondaire à une déshydratation par thrombopénies sévères.

## d) Traitement et évolution.

Le traitement est proche de celui de Kabangu et al. Nous pensons avec eux que pour les cas vus avant une semaine, la perte en électrolytes prime suite à la destruction cutanée par rapport aux éléments figurés du sang ; l'anémie apparaît avec le sepsis. La polyantibiothérapie se justifie par l'association microbienne isolée. Le recours à la chirurgie n'était pas nécessaire pour notre patient vu la réponse spectaculaire au pansement par le biatain alginaté non adhésif non décrit par la littérature efficace car il coupe le cercle vicieux nécrose tissulaire- pullulation microbienne et accélère la régénération cutanée.

Dans l'évolution, les testicules de notre cas sont conservés dans les poches cutanées ne sont pas rétractés dans les orifices inguinaux superficiels comme l'ont signalé Sarkis et al .

**CONCLUSION** La gangrène de Fournier est considérée comme une urgence chirurgicale majeure, en raison de l'importance de la nécrose fasciocutanée et de la mortalité élevée. Dans l'ère des antibiotiques récents et de la réanimation sophistiquée, la mortalité doit nettement diminuer. Un index de suspicion élevé permet un diagnostic précoce, diminuant ainsi l'étendue du débridement. La reconstruction doit être adaptée à chaque cas. La couverture de la zone débridée est assurée, selon son étendue, par épithélialisation secondaire, fermeture primaire tardive ou par l'utilisation de greffes de peau semi-épaisse ou épaisse ou par le transfert de lambeaux cutanés ou musculaires avec un résultat esthétique et fonctionnel acceptable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Altarac S, Katusin D, Crnica S, Papeš D, Rajković Z, Arslanin N. Fournier's gangrene: etiology and outcome analysis of 1 patients. *Urol Int* 2012; 88(3): 289-93. 1
2. FARRAN, R. KHOURY, G. KAMEL, E. NEMIR, J. BIAJINI, S. MERHEJE, Gangrène de Fournier: revue de la littérature récente. *Progress en urologie* (2009) 19, 75-83
3. Morrison D., Blaivas M., Lyon M. Emergency diagnosis of Fournier's gangrene with bedside ultrasound. *Am J Emerg Med* 2005 ; 23 : 544-7.
4. Kabanga K. T, Punga M M, Luftuma K S. La gangrène des organes génitaux externes de l'homme: expérience des cliniques universitaires de Kinshasa. *Congo Médical*. 2004 ; III (3) : 1214-1219