LES DERMO-HYPODERMITES BACTERIENNES NECROSANTES ET LESFASCIITES NECROSANTES

Les dermohypodermites bactériennes nécrosantes et les fasciites nécrosantes (DHBN-FN) sont des infections **nécrosantes** du derme et de l'hypoderme pouvant atteindre le muscle. Elles intéressent essentiellement les membres inférieurs, dans 70 % des cas.Elles peuvent aussi toucher la région abdomino-périnéale ou cervico-faciale.
C'est une **urgence médico-chirurgicale** avec mise en jeu du **pronostic vital.**

Tableau 1 : Facteurs de risque

- Age > 65 ans
- Diabète
- Immunodépression
- Varicelle chez l'enfant
- Insuffisancerénale
- Usage de drogues par voie intraveineuse
- IMC > 30 kg/m2
- Hépatopathiechronique
- Prise d'AINS
- Malnutrition
- Artériopathieoblitérante des membresinférieurs
- Insuffisance veineuse
- Lymphœdème chronique

Tableau 2 : Signes de gravité

- **Signes généraux** de sepsis (qSOFA ≥ 2 chez l'adulte: troubles de conscience, fréquence respiratoire ≥ 22/minute et PAS ≤ 100mmHg), ou de choc toxinique
- **Extension rapide** des signes locaux en quelques heures
- **Douleur très intense**, impotence fonctionnelle
- **Signes locaux :** lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale, bulle hémorragique.
- **Aggravation des signes locaux** dans les 24 à 48 heures malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée

Toute infection cutanée associée à une ou plusieurs **défaillances d'organes**, ou s'aggravant **brutalement**, doit faire considérer le diagnostic d'infection nécrosante.

Tableau 3 : Explorations proposées en cas de DHBN-FN

Le diagnostic de la DHBN-FN est clinique, nécessitant un avis chirurgical spécialisé.
Pas d'examen paraclinique permettant de retenir ou d'éliminer le diagnostic de DHBN-FN.

Biologie	Imagerie	Microbiologie/ Anatomopathologie
Aucun biomarqueur n'a de performance diagnostique	***Scanner :*** • Peu d'intérêt pour les DHBN-FN des **membres** • Intérêt pour les DHBN-FN **abdomino-périnéales** et **cervico-faciales**	• Hémocultures • Prélèvements per-opératoires multiples

Pour évaluer la gravité : • Signes biologiques de défaillance d'organes (critères SOFA) : – Thrombopénie – Cholestase, – I^{ce} rénale aigue – PaO2/FiO2 inf à 400 • Hyponatrémie • CPK élevées	***IRM :*** • Outil d'aide au diagnostic dans les **formes subaiguës** ayant une présentation clinique **douteuse**, • **Ne doit pas retarder** la prise en charge	
Streptococcus pyogenes est mis en évidence dans plus de la moitié des cas. Dans 2/3 des cas, ces infections sont polymicrobiennes. Les tableaux de « gangrène » sont volontiers associés à des germes anaérobies du genre *Clostridium,* d'où l'importance du respect des condition de transport et d'acheminement des prélèvements au laboratoire de microbiologie.		

Tableau 4 : Antibiothérapie de la DHNN-FN

A débuter sans délai, une fois le diagnostic de DHBN-FN suspecté, en visant les bactéries à Gram positif, à Gram négatif et anaérobies

Patient stable	Patient Instable (sepsis/choc septique)
Amoxicilline /A.clavulanique 100 mg/kg/j en 3 à 4 prises (sans dépasser 200 mg d'A.clavulanique/prise) **Ou** Ceftriaxone 2 g x 2/j+ Métronidazole 500 mg /8 H **Ou** Céfotaxime 2 g/8 H+ Métronidazole 500 mg /8 H **+** **A ou B**	Pipéracilline/Tazobactame4 gx4 /j (1ère intention) **Ou** Méropénème 1 g / 8 H (2ème intention) [d] **Ou** Imipénème/Cilastatine 3 à 4g/j (2ème intention) [d] **+** Aminoside [e]pendant 72 H **+** **A ou B**
A	**B**
Vancomycine[b] 30 mg/kg dose de charge puis 30 mg/kg/6 H **Ou** Teicoplanine[b] (6mg/kg/12 H; pendant 48-72 H puis dose d'entretien 6mg/kg/j) **+** Clindamycine 600-900 mg/8 H	Linézolide[c] 600 mg/12 H (avis spécialisé) **Ou** Clindamycine 600-900 mg/8 H (si pas de risque de SARM)

Si allergie aux Béta lactamines considérer les options thérapeutiques suivantes :
Tigécycline (100 mg bolus puis 100 mgx2/j) + Ciprofloxacine (1200 mg/j) ou Amikacine (30

mg/kg/j)) + Métronidazole 500 mg/8 H.

L'antibiothérapie sera secondairement adaptée aux documentations microbiologiques. Il est suggéré de maintenir le traitement jusqu'à 48–72 H après stabilisation clinique, pour une durée totale comprise entre 10 et 15 jours.

[a] si facteurs de risque d'infection à *Pseudomonas*

[b] si facteurs de risque de SARM (staphylocoque aureus résistant à la Méthicilline)

[c]Le linézolide permet de s'affranchir de la clindamycine (activité antitoxinique)

[d]En cas de suspicion d'un germe résistant à la Pipéracilline/Tazobactame

[e]Gentamycine (5mg/kg/j) ou Amikacine (30 mg/kg/j).

Tableau 5 : Traitement chirurgical de la DHBN-FN

- La précocité du traitement chirurgical est l'un des principaux facteurs pronostiques
- Réaliser un débridement rapide et complet de tous les tissus nécrotiques ou infectés
- L'absence d'amélioration ou la réaggravation clinique du patient doivent faire discuter une nouvelle exploration chirurgicale
- Traitement adjuvant : l'Oxygénothérapie hyperbare (après intervention chirurgicale et stabilisation hémodynamique)et les immunoglobulines polyvalentes (action antitoxinique).

BIBLIOGRAPHIE

1- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC, (2014) Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 59: e10–e52

2- Saeed K, Esposito S, Gould I, Ascione T, Bassetti M, Bonnet E, Bouza E, Chan M, Davis JS, De Simone G, Dryden M, Gottlieb T, Hijazi K, Lye DC, Pagliano P, Petridou C, Righi E, Segreti J, Unal S, Yalcin AN, (2018) Hot topics in necrotising skin and soft tissue infections. Int J Antimicrob Agents. doi: 10.1016/j. ijantimicag.2018.02.012 [Epub 2018 Mar 6]

3- T. Urbina, C. Hua, E. Sbidian, S. Ingen-Housz-Oro, T.-A. Duong, P. Wolkenstein, R. Bosc, K. Razazi, G. Carteaux, O. Chosidow, A. MekontsoDessap, N. de Prost, (2018) Urgences dermatologiques en réanimation : infections nécrosantes de la peau et des parties molles et toxidermies graves. Méd. Intensive Réa 27:461-474

4- Sartelli M, Hardcastle TC, Catena F, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Ansaloni L, et al. WSES/GAIS/WSIS/SIS-E/AAST global clinicalpathways for patients with skin and soft tissue infections. World J EmergSurg. 2022;17(3). doi:10.1186/s13017-022-00406-2.