

Case report



Fasciite nécrosante du sein: traitement conservateur et préjudice esthétique rapport d'un cas

Ahmed Hajji, Dhekra Toumi, Manel Njima, Ons Cherif, Amina Ben Salem, Asma Korbi, Raja Faleh

Corresponding author: Ahmed Hajji, Department of Gynecology and Obstetrics, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia. ahmedhajji01@gmail.com

Received: 30 May 2020 - **Accepted:** 27 Jun 2020 - **Published:** 27 Aug 2020

Keywords: Fasciite nécrosante, sein, thérapeutique, préjudice esthétique

Copyright: Ahmed Hajji et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Ahmed Hajji et al. Fasciite nécrosante du sein: traitement conservateur et préjudice esthétique rapport d'un cas. 2020;3(188). 10.11604/pamj-cm.2020.3.188.23858

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/3/188/full>

Fasciite nécrosante du sein: traitement conservateur et préjudice esthétique rapport d'un cas

Necrotizing fasciitis of the breast: conservative treatment and aesthetic damage: a case report

Ahmed Hajji^{1,&}, Dhekra Toumi¹, Manel Njima², Ons Cherif¹, Amina Ben Salem³, Asma Korbi¹, Raja Faleh¹

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia, ²Department of Pathology, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia, ³Department of Radiology B, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia

&Auteur correspondant

Ahmed Hajji, Department of Gynecology and Obstetrics, Fattouma Bourguiba University, Hospital, Monastir, Tunisia

Résumé

La fasciite nécrosante constitue une affection grave pouvant engager le pronostic vital par le biais des états de choc septiques. La localisation mammaire est exceptionnelle et le diagnostic est souvent porté tardivement du fait de la confusion fréquente de cette forme avec les abcès du sein. La prise en charge est médico-chirurgicale multidisciplinaire. Le préjudice esthétique constitue la principale contrainte thérapeutique du fait d'une extension rapide des lésions de nécrose secondaire à une thrombose massive des vaisseaux cheminant dans les territoires des fascias. Nous rapportons le cas d'une fasciite nécrosante du sein droit chez une femme diabétique âgée de 57 ans et nous décrivons ainsi les particularités cliniques et les résultats thérapeutiques de cette forme rare.

English abstract

Necrotizing fasciitis is a serious, life-threatening condition through septic shock. Breast localization is exceptional and the diagnosis is often made late due to the frequent confusion of this form with breast abscesses. The management is multidisciplinary medical and surgical. Aesthetic damage is the main therapeutic constraint due to the rapid spread of necrosis lesions secondary to massive thrombosis of the vessels passing through the territories of the fascia. We report the case of necrotizing fasciitis of the right breast in a 57-year-old diabetic woman and we describe the clinical features and therapeutic results of this rare form.

Key words: Necrotizing fasciitis, breast, therapeutic, aesthetic damage

Introduction

La fasciite nécrosante (FN) est une infection sévère du tissu cutané et sous cutané étendue jusqu'au fascia profond, responsable de nécrose extensive [1]. L'extension rapide de la nécrose est liée à une thrombose des vaisseaux cheminant dans

les territoires des fascias [2]. La localisation mammaire est exceptionnelle et souvent confondu à un abcès du sein ou à une cellulite, elle est souvent secondaire à une chirurgie mammaire et les formes primitives sont plus rares [3]. La prise en charge de cette forme se confronte à un préjudice esthétique et le retard diagnostique peut être fatal. Le traitement repose sur une exérèse large du tissu nécrosé associée à la prescription d'antibiothérapie à large spectre. Nous rapportons le résultat du traitement conservateur d'une fasciite nécrosante primitive du sein droit chez une femme diabétique âgée de 57 ans.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 57 ans, ménopausée, diabétique depuis 10 ans sous antidiabétiques oraux, hypertendue, nulligeste, qui a consulté les urgences pour des mastodynies droites associées à une fièvre chiffrée à 39°C évoluant depuis 3 jours sans facteur déclenchant. L'interrogatoire révèle l'apparition de signes inflammatoires au niveau du sein droit au début, suivis rapidement par la constitution de phlyctènes. L'examen initial a mis en évidence des lésions de nécrose prédominantes au niveau des quadrants externes et inférieurs étendues sur 12 cm sans collection sous-jacente évidente (Figure 1). La palpation a objectivé des crépitations sous cutanées. L'échographie mammaire a conclu à une infiltration œdémateuse du sein droit associée à des adénopathies axillaires homolatérales sans évidence de lésions suspectes. La mammographie n'a pas été réalisée d'emblée devant les mastodynies importantes. Ainsi, le diagnostic d'une FN a été fortement suspecté devant l'absence d'abcès et de lésions suspectes à l'échographie. La patiente a été mise sous une antibiothérapie à large spectre associant bêtalactamine-acide clavulanique à raison de 2g x 3 par jour et gentamicine à raison de 160 mg par jour avec excision du tissu nécrosé cutané et glandulaire conservant la plaque aréolomamelonnaire. Les prélèvements bactériologiques étaient négatifs à plusieurs reprises. L'examen anatomopathologique a conclu

à une nécrose dermique et hypodermique associée à une nécrose du tissu glandulaire et n'a pas mis en évidence de cellules suspectes (Figure 2). Une cicatrisation dirigée a été entamée par la suite en milieu hospitalier moyennant un changement quotidien initialement du pansement au bloc opératoire des excisions itératives du tissu nécrosé ensuite un rapprochement progressif des berges après remodelage de la glande (Figure 3). Une greffe de peau mince a été réalisée à J40 avec succès. Une mammographie après 3 mois était sans anomalies (Figure 4).

Discussion

Depuis 2001, une conférence de consensus a proposé une classification des infections cutanées en fonction de la sévérité et la profondeur de l'atteinte [4]. Ainsi, elle a défini : la dermohypodermite bactérienne simple ou érysipèle, avec atteinte hypodermique de profondeur variable mais qui ne s'accompagne pas de nécrose et n'atteint pas les fascias profonds. Le traitement de cette forme est d'ordre médical; la dermohypodermite bactérienne nécrosante (necrotizing cellulitis), qui associe une nécrose du tissu conjonctif et du tissu adipeux mais sans atteinte des fascias profonds et dont le traitement est chirurgical; la FN (necrotizing fasciitis), dans laquelle la nécrose atteint et dépasse le fascia profond, avec atteinte plus ou moins étendue des fascias intermusculaires et des muscles. Il s'agit de la forme que nous décrivons dans ce rapport de cas. Le germe en cause est souvent le streptocoque bêta hémolytique du groupe A, elle constitue une véritable urgence vitale. Les facteurs de risque qui ont été rapportés dans la FN sont le diabète, la consommation d'alcool, les hémopathies et les cancers, la prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens ou de traitement immunosuppresseur et l'âge supérieur à 65 ans [5,6]. Notre patiente avait un diabète depuis 10 ans sous antidiabétiques oraux avec une mauvaise observance au traitement. Au cours de son séjour en hospitalier, les chiffres glycémiques étaient élevés et le

contrôle de son diabète a nécessité le recours à des fortes doses d'insuline.

Le diagnostic de la FN est avant tout clinique, il est souvent confondu avec un abcès du sein ou une cellulite [3]. Il doit être suspecté devant la douleur intense, la présence des phlyctènes, les lésions nécrotiques d'extension rapide et la perception à la palpation de crépitations sous la peau [7]. Cependant, il n'est pas rare d'observer des formes subaiguës surtout chez les personnes diabétiques où la douleur peut être moins marquée et les manifestations cutanées sont faussement rassurantes et souvent associées à des lésions profondes plus sévères [8,9]. Le diagnostic de FN chez notre patiente était suspecté précocement devant le terrain diabétique, le caractère hyperalgique et les manifestations cutanées frappantes. L'absence de collections ou de nodules palpables et les résultats de l'échographie initiale n'étaient pas en faveur d'une origine néoplasique ou d'un abcès mammaire et ont conforté le diagnostic de FN. Dans les formes trompeuses, l'imagerie trouve toute sa place. L'imagerie par résonance magnétique est la technique la plus efficace pour objectiver les anomalies des tissus mous et leur distribution [2]. L'anomalie la plus commune étant l'épaississement des fascias profonds, en hyper signal en T2 ou T1 sous contraste résultant d'une accumulation du liquide et d'une réaction hyperémique le long des fascias nécrotiques. [10,11]. Le traitement de la fasciite nécrosante repose sur la chirurgie précoce permettant d'exciser le tissu nécrosé pour éviter l'extension des lésions et favoriser une cicatrisation dirigée avec un préjudice esthétique à minima. En effet, les antibiotiques sont parfois inefficaces du fait de la présence de thrombose au niveau des vaisseaux limitant ainsi la diffusion tissulaire. La précocité de l'intervention chirurgicale étant un facteur pronostic déterminant. L'excision est le maître geste. Il n'y a pas de guérison possible sans excision totale des tissus nécrosés [4]. Des compléments d'excision ultérieurs sont souvent nécessaires impliquant une surveillance quotidienne les premiers jours. La chirurgie

reconstructive n'est envisagée qu'une fois l'exérèse complète et le patient en bon état général.

Conclusion

La localisation mammaire de la fasciite nécrosante est rare et pose surtout le problème du retard diagnostique du fait qu'elle est souvent confondue avec une cellulite ou un abcès en raison parfois du retard d'apparition des signes cutanés. Un retard du diagnostic peut être responsable de complications gravissimes engageant parfois le pronostic vital et entravant énormément le résultat esthétique. La gravité initiale de l'état septique, l'âge et une pathologie sous-jacente sont des facteurs de risque de mortalité. La précocité du geste opératoire dans les premières 24 heures suivant l'admission est un déterminant majeur du pronostic. Une prise en charge multidisciplinaire permet d'améliorer énormément les résultats, aussi bien en termes de survie que du préjudice esthétique.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Ahmed Hajji: rédaction du manuscrit; Dhekra Toumi: collecte des données, analyse et interprétation des données; Manel Njima: collecte des données; Ons Chrif: rédaction du manuscrit; Amina Ben Salem: rédaction du manuscrit; Asma Korbi: rédaction du manuscrit; Raja Faleh: révision et approbation finale de la version à publier. Tous les auteurs ont lu et accepté le manuscrit final.

Figures

Figure 1: aspect du sein droit avant la chirurgie montrant l'extension de la nécrose à la peau et la glande mammaire prédominante aux quadrants externes et inférieurs et épargnant la plaque aréolomamelonnaire

Figure 2: aspect histologique mettant en évidence l'extension des lésions de nécrose en profondeur au tissu mammaire (flèche) et un infiltrat inflammatoire dense fait essentiellement de polynucléaires neutrophiles (HEx200)

Figure 3: image à J 40 en post opératoire montrant la cicatrisation complète du tissu mammaire et le défaut cutané

Figure 4: aspect du sein droit 7 jours après la réalisation d'une greffe de peau mince

Références

1. Edlich RF, Cross CL, Dahlstrom JJ. Modern concepts of the diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis. *J Emerg Med.* 2010 Aug;39(2): 261-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Malghem J, Frédéric E Lecouvet, Omoumi P, Baudouin E Maldague, Bruno C Vande Berg. Fasciite nécrosante: diagnostic en imagerie et ses limites. *Revue du Rhumatisme.* 2013;80: 116-122. [Google Scholar](#)
3. Lee JH, Lim YS, Kim NG. Primary necrotizing fasciitis of the breast in an untreated patient with diabetes. *Arch Plast Surg.* 2016 Nov; 43(6): 613-614. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Conférence de consensus. Érysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge. *Ann Dermatol Venereol.* 2001;128: 463-82.
5. Kaul R, McGeer A, Low DE, Schwartz B. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators and microbiologic analysis of 77 cases. *Ontario Group A Streptococcal Study Am J Med.* 1997 Jul;103(1): 18-24. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Baer W, Schaller P, Ruf S, Lehn N, Lerch K. Diagnosis and therapy of necrotizing fasciitis. *Orthopade.* 2002 Jun;31(6): 551-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

7. Kourouma HS, Sangaré A, Kaloga M, Ecra E, Kouamé K, Kassi K *et al.* Fasciite nécrosante du sein: une observation chez une personne vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire. *Med Trop.* 2010 Jun;70(3): 281-2. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Wysoki MG, Santora TA, Shah RM *et al.* Necrotizing fasciitis: CT characteristics. *Radiology.* 1997 Jun;203(3): 859-63. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Chosidow O. Critères diagnostiques et indications chirurgicales des formes subaiguës de cellulites et fasciites nécrosantes. *Ann Dermatol Venereol.* 2001 Mar;128(3 Pt 2): 390-3. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Fugitt JB, Puckett ML, Quigley MM *et al.* Necrotizing fasciitis. *Radiographics.* 2004;24(5): 1472-6. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Musculoskeletal infection: role of CT in the emergency department. *Radiographics.* 2007;27(6): 1723-36. **PubMed** | **Google Scholar**



Figure 1: aspect du sein droit avant la chirurgie montrant l'extension de la nécrose à la peau et la glande mammaire prédominante aux quadrants externes et inférieurs et épargnant la plaque aréolomamelonnaire

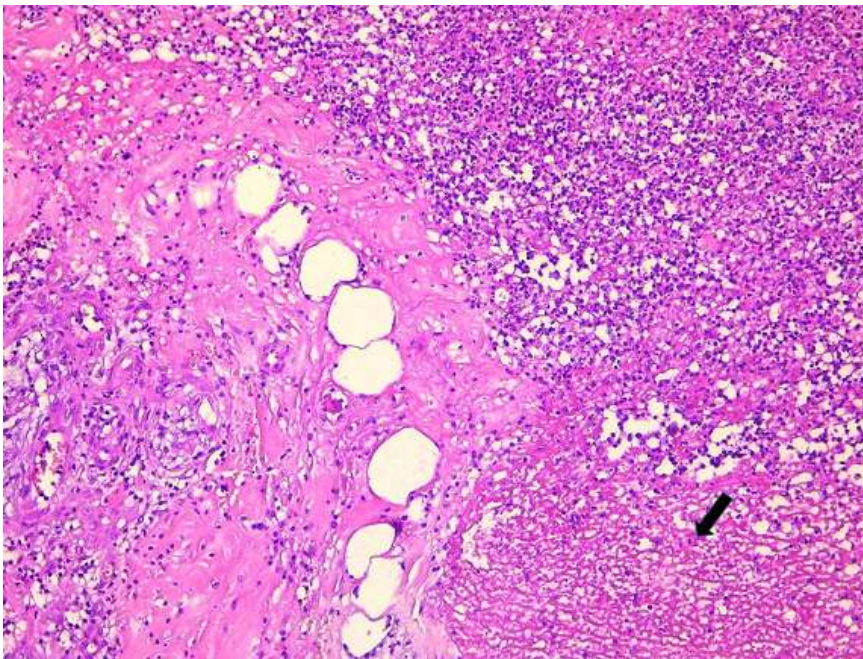


Figure 2: aspect histologique mettant en évidence l'extension des lésions de nécrose en profondeur au tissu mammaire (flèche) et un infiltrat inflammatoire dense fait essentiellement de polynucléaires neutrophiles (HEx200)



Figure 3: image à J 40 en post opératoire montrant la cicatrisation complète du tissu mammaire et le défaut cutané



Figure 4: aspect du sein droit 7 jours après la réalisation d'une greffe de peau mince