

Mises au point interactives – Urgences en dermatologie



T. URBINA
Service de Médecine
intensive-réanimation,
Hôpital Saint-Antoine,
PARIS.

Dermohypodermites graves et infections nécrosantes des tissus mous

Les infections de la peau et des tissus mous sont deux fois plus fréquentes que les infections des voies urinaires et dix fois plus fréquentes que les pneumonies. Pourtant, les formes graves sont rares, ne représentant que 2 % des infections amenant les patients en réanimation. Parmi ces formes graves, 60 % sont des infections nécrosantes, distinctes des autres du fait d'une indispensable prise en charge chirurgicale urgente. Les 40 % d'infections graves non nécrosantes le sont essentiellement

par leur localisation engageant le pronostic fonctionnel (notamment en cas d'atteinte cervico-faciale) ou par leur retentissement systémique sur des terrains fragiles. On comprend donc aisément la grande difficulté diagnostique à laquelle sera confronté tout praticien, notamment dermatologue : il devra déceler parmi les très nombreuses infections cutanées peu graves les quelques formes susceptibles de mettre en jeu la vie du patient faute de prise en charge adaptée.

Nous nous concentrerons ici sur les infections nécrosantes de la peau et des tissus mous (INTM), dont la prise en charge est la plus spécifique (**fig. 1**).

Diagnostic

Malheureusement, du fait de l'hétérogénéité des terrains sous-jacents, des localisations anatomiques et des pathogènes responsables, les présentations cliniques peuvent être très diverses et insidieuses. Ainsi, les facteurs de risque d'INTM sont communs aux dermohypodermites non nécrosantes comme l'âge, l'obésité, le diabète, la consommation d'alcool ou l'immunosuppression. Par ailleurs, les signes cutanés francs sont inconstants et tardifs puisqu'on ne retrouve de nécrose cutanée superficielle que dans 23 % des cas, des bulles dans 44 % des cas et une crépitation sous-cutanée dans 5 % des cas [1]. Seule la moitié des patients présente un sepsis ou un choc septique. Des éléments qui doivent alerter précocement sont une douleur disproportionnée, par son intensité ou son étendue par rapport à l'atteinte cutanée superficielle, une évolution défavorable sous antibiotiques ou un retentissement systémique [2].

Aucun examen paraclinique ne permet à lui seul de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. Aucune donnée solide ne sous-tend l'utilisation de la biologie, notamment l'élévation des CPK ou de la lactatémie, comme outil diagnostique fiable. De la même façon, bien que l'imagerie (IRM pour les atteintes des membres ou scanner pour les atteintes abdomino-périnéales ou cervico-faciales) puisse guider un geste chirurgical ou entrer dans un faisceau d'arguments dans les cas difficiles, elle peut être totalement aspécifique, voire strictement normale, et ne doit jamais retarder une exploration chirurgicale en cas de doute.

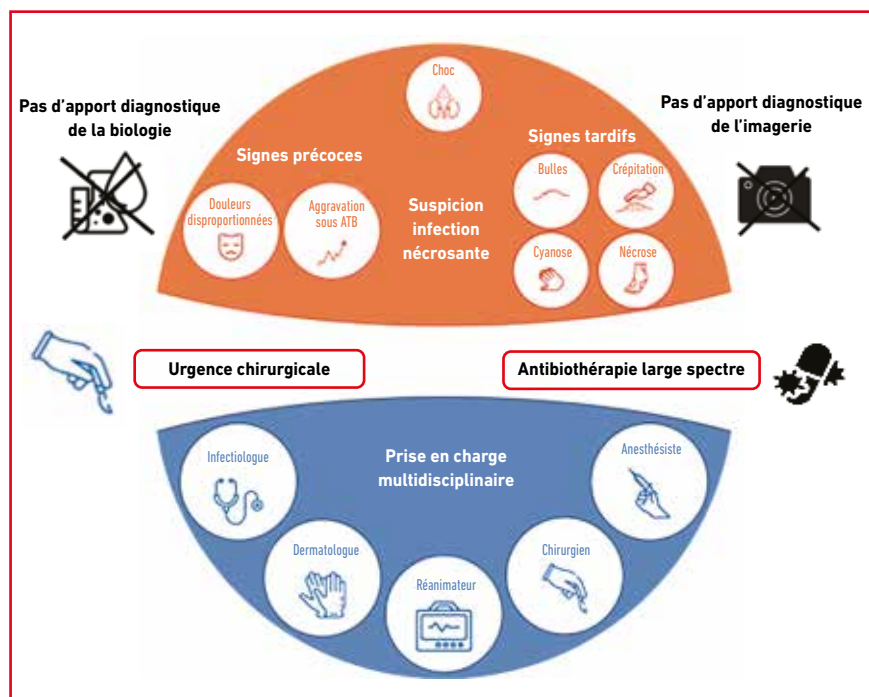


Fig. 1 : Synthèse de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des infections nécrosantes de la peau et des tissus mous. Adapté avec autorisation à partir de "Understanding necrotizing soft-tissue infections in the intensive care unit", Urbina et al. *Intensive Care Med*, 2020.

En synthèse, devant la gravité potentielle et l'absence de signe clinique ou paraclinique pathognomonique, la suspicion diagnostique doit être alimentée d'une réévaluation clinique multidisciplinaire répétée et le doute doit faire réaliser une exploration chirurgicale au bloc opératoire. Elle seule peut poser le diagnostic en retrouvant des tissus atones parfois nécrotiques, se décollant facilement au doigt, ainsi qu'un exsudat nauséabond dit en "eau de vaisselle". Les experts recommandent que toute infection cutanée associée à une ou plusieurs défaillances d'organe ou s'aggravant malgré une antibiothérapie bien conduite sur le plan local ou systémique doive faire considérer le diagnostic d'infection nécrosante et une exploration chirurgicale.

■ Prise en charge

Malgré la diversité des présentations cliniques et des bactéries responsables, les éléments majeurs de prise en charge des infections nécrosantes des tissus mous sont communs : une antibiothérapie à large spectre et surtout une chirurgie précoce de débridement des tissus nécrosés [3]. La prise en charge doit être hospitalière et multidisciplinaire. Les centres dits "experts" prenant en charge un grand nombre de patients pourraient apporter un bénéfice [4].

Ces infections sont aux 2/3 polymicrobiennes, incluant au-delà du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) et du staphylocoque des entérobactéries, des anaérobies et des non-fermentants [2]. Les dernières recommandations françaises de 2000 proposant l'utilisation de l'amoxicilline-clavulanate semblent donc caduques devant ces données microbiologiques récentes. L'antibiothérapie probabiliste doit se composer d'une bêta-lactamine à large spectre, active sur les Gram positifs, négatifs et les anaérobies, en pratique l'association pipéracilline-tazobactam. Devant des données rétrospectives encourageantes dans les infections à SBHA, l'adjonction de clindamycine est

courante [2] bien que son bénéfice n'ait pu être confirmé dans les INTM. Devant un coût et une toxicité acceptables, la plupart des experts recommandent son utilisation en probabiliste [3].

La clef de voûte de la prise en charge est le débridement chirurgical des tissus nécrotiques. Le délai à sa réalisation a été identifié comme le seul facteur pronostique modifiable, avec un surrisque de mortalité dès 6-12 h de retard. Une nouvelle fois, le premier facteur exposant à un retard de prise en charge chirurgicale est un retard diagnostique, mettant en exergue le rôle primordial des médecins de premier recours. Cette chirurgie permet le diagnostic positif de l'infection nécrosante, l'évaluation de son extension et le débridement thérapeutique des tissus nécrotiques. Elle est considérée comme un geste de chirurgie général pouvant être réalisé par tout chirurgien, mais un transfert en l'absence de plateau médicotechnique adéquat peut être nécessaire. Les données les plus récentes ne retrouvent pas de perte de chance associée à un tel transfert et la prise en charge dans un centre expérimenté pourrait être bénéfique [4].

Des mesures dites "adjuvantes" faute de données robustes peuvent être discutées au cas par cas dans la suite de la prise en charge. L'administration d'immunoglobulines polyvalentes à visée antitoxinique semble avoir un effet bénéfique au cours du choc toxique streptococcique, mais il n'existe pas de confirmation de ce bénéfice au cours des INTM. De même, l'utilisation de l'oxygénothérapie hyperbare n'est pas systématiquement recommandée et un transfert vers un centre en disposant ne doit certainement pas retarder le reste de la prise en charge [3].

Le suivi des patients ayant souffert d'une INTM doit être spécifique. Un premier épisode d'INTM est un facteur de risque de récurrence et les autres facteurs favorisants doivent être pris en charge, avec une vigilance particulière en cas de nouvelle infection cutanée. Une amputation est nécessaire chez 15 % des patients, la

majorité nécessitera une greffe de peau, et les séquelles physiques et psychologiques lourdes justifient d'un suivi adapté [5].

■ Conclusion

La gravité des dermohypodermes est essentiellement portée par les infections nécrosantes des tissus mous, des pathologies rares dont la difficulté diagnostique peut mettre au premier plan le dermatologue, en tant que clinicien de premier ou second recours. Aucun examen paraclinique ne permet d'exclure à lui seul le diagnostic, qui est exclusivement chirurgical. La prise en charge hospitalière et multidisciplinaire repose sur une antibiothérapie à large spectre et un débridement chirurgical urgent des tissus nécrotiques. Enfin, ces patients doivent bénéficier d'un suivi particulier par leur dermatologue afin de prendre en charge leurs séquelles et prévenir les récurrences.

BIBLIOGRAPHIE

1. KIAT HJ, EN NATALIE YH, FATIMAH L. Necrotizing Fasciitis: How Reliable are the Cutaneous Signs? *J Emerg Trauma Shock*, 2017;10:205-210.
2. MADSEN MB, SKREDE S, PERNER A *et al.* Patient's characteristics and outcomes in necrotising soft-tissue infections: results from a Scandinavian, multicentre, prospective cohort study. *Intensive Care Med*, 2019;45:1241-1251.
3. STEVENS DL, BISNO AL, CHAMBERS HF *et al.* Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 2014;59:e10-52.
4. AUDUREAU E, HUA C, DE PROST N *et al.* Mortality of necrotizing fasciitis: relative influence of individual and hospital-level factors, a nationwide multilevel study, France, 2007-12. *Br J Dermatol*, 2017;177:1575-1582.
5. URBINA T, CANOUI-POITRINE F, HUA C *et al.* Long-term quality of life in necrotizing soft-tissue infection survivors: a monocentric prospective cohort study. *Ann Intensive Care*, 2021;11:102.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.