

# Cellulite Necrosante Du Perinee Complicant Une Cure Chirurgicale De Bartholinite : À Propos D'un Cas

Zineb Tazi, Ghali Iraqui, Yassine Belhaj, Sofia Jayi, Fatima-Zahra Fdili, Hekmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf.

Service de Gynécologie-Obstétrique II –CHU Hassan II – Fès- Maroc

**Abstrac: Résumé :** *Les glandes de Bartholin sont rondes, très petites, non palpables et profondément enchâssées dans la partie postéro-latérale de l'orifice vaginal. L'obstruction du canal de Bartholin entraîne une accumulation de mucus dans la glande avec formation d'un kyste qui peut aussi s'abcéder. Les complications à type de dermo hypodermite nécrosantes sont très rares notamment chez la femme. Lorsqu'elles surviennent, elles nécessitent une prise en charge lourde et particulière et impose de rechercher une cause sous-jacente.*

## **Introduction**

La bartholinite est une infection fréquente touchant plus de 2% des femmes. Le plus souvent d'origine poly-microbienne. Elle nécessite généralement en phase aiguë, une prise en charge par incision- drainage ou marsupialisation. Ceci permettant de diminuer immédiatement l'inflammation locale.

La cellulite nécrosante du périnée ou « gangrène de Fournier », est une affection sévère liée à une infection par une flore poly-microbienne. Son évolution imprévisible est le plus souvent rapidement extensive. Elle est secondaire à une cause locorégionale dans 95% des cas. Il s'agit d'une urgence absolue qui impose une prise en charge rapide. Cette prise en charge repose sur une hospitalisation immédiate, une réanimation, une antibiothérapie à large spectre, et un débridement chirurgical.

Nous détaillerons le cas de Madame A.F.H âgée de 62 ans, diabétique de type 2 initialement sous ADO, opérée initialement pour bartholinite aiguë, s'étant présentée aux urgences gynécologiques du CHU HASSAN II de Fès dans un tableau de gangrène gazeuse suppurée étendue sur tout le périnée.

## **Observation**

Il s'agit de madame A.F.H, âgée de 62 ans, mariée, multipare, originaire et habitante dans les régions de Ouazzane, diabétique de type 2 sous ADO initialement.

Opérée initialement au CHP de Ouazzane pour prise en charge d'une bartholinite aiguë selon la lettre de référence, pas de compte rendu disponible ni d'image préopératoires, ayant bénéficié d'une excision puis drainage.

Admise le jour de notre garde soit le .... Dans un tableau de dyspnée aiguë et confusions associées à un érythème généralisé de la région périnéale fusant vers la région abdominale et les faces internes des cuisses en bilatéral et une issue du pus au niveau du site d'excision de la glande de Bartholin de couleur jaunâtre et d'odeur fétide et présence de crépitements à la palpation faisant évoquer une gangrène gazeuse de Fournier compliquée d'une décompensation acido-cétosique de son diabète.



**FIGURE 1 : ERYTHEME GENERALISE AU NIVEAU DU PERINEE ET ISSUE DE PUS AU NIVEAU DU SITE D'EXCISION (1)**

La prise en charge initiale s'est axée sur l'équilibre glycémique, une bi-antibiothérapie initiale à large spectre à base de Ceftriaxone (C3G) et Métronidazole, ainsi que son admission au bloc opératoire.

Le geste chirurgical a consisté en une incision de décharge au niveau des zones déclives, libération de logettes et excision des zones fibrineuses ainsi qu'un prélèvement de pus.



**FIGURE 2: RÉALISATION DE DECHARGES CUTANÉES MULTIPLES AVEC DRAINAGE PAR LAMES DE DELBET (1)**

Puis hospitalisée dans notre service pour complément de prise en charge pendant 40 jours, bénéficiant de soins périnéaux quotidiens, équilibre de son diabète en concertation avec les endocrinologues et antibiothérapie à base d' Imipenème/ cilastatine après résultat de l'antibiogramme.

Les suites opératoires furent simples, la patiente s'étant améliorée sur le plan clinique et biologique puis déclarée sortante à J40 de son hospitalisation sous schéma d'insuline, et soins locaux.

Réadmission ultérieurement pour collection résiduelle au niveau inguinal gauche, de 3 centimètre de grand axe fistulisée à la peau ayant bénéficié d'un drainage.



FIGURE 3 : COLLECTION RÉSIDUELLE AU NIVEAU INGUINAL GAUCHE FISTULISÉE A LA PEAU (1)

### Discussion

Les gangrènes gazeuses périnéo-fessières, décrites en premier par Baurienne (2) en 1764, puis par Fournier en 1883 (3), sont classées parmi les dermo-hypodermes nécrosantes du périnée. Elles sont d'un pronostic redoutable avec un taux de mortalité qui varie de 10% à 80%.

Les formes gazeuses, témoin de la présence de germes anaérobies dans les tissus infectés, représentent environ 20% des dermo-hypodermes nécrosantes périnéales. (4)

Elles sont d'étiologie multiple : aggravation d'une maladie médicale sous-jacente, iatrogène, après chirurgie locorégionale, ou posttraumatiques. Des fois elles peuvent survenir de façon spontanée sans aucune cause ne soit retrouvée, on parlera alors de dermo-hypoderme nécrosante primitive. (5)

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, d'autres facteurs de risque sont bien codifiés dans la littérature et sont communs à l'ensemble des dermo-hypodermes nécrosantes : obésité, diabète, âge supérieur à 65 ans, l'alcoolisme, le tabac, l'insuffisance rénale et hépatique, l'immunodépression, prise récente d'AINS et la toxicomanie.

Dans 46 à 87% des cas, cette dermo hypoderme nécrosante est limitée au périnée, mais des formes extensives peuvent survenir d'où l'intérêt d'une TDM ou IRM précoces. (6)

L'extension du processus gangreneux se fait à partir de la région périnéale en deux directions opposées, une voie ascendante et une descendante. En bas le long du muscle psoas iliaque et des vaisseaux fémoraux pour atteindre la cuisse comme chez notre

patiente, par le biais de l'arcade crurale pour la loge antérieure ou par le foramen obturateur pour la loge interne. Parfois l'infection peut fuser vers la loge postérieure à travers le foramen sciatique. (7)

En haut elle se propage en pré-péritonéal, le long des muscles des parois abdominale et thoracique, ou en rétro péritonéal, en direction du médiastin et du cou, grâce à une diffusion le long des espaces para rectaux.

Tout le monde s'accorde pour dire qu'une chirurgie précoce dans les 24 premières heures est nécessaire afin de parer les tissus nécrotiques. Dans le cadre d'une gangrène périnéo fessière, 2 à 6 parages sont le plus souvent nécessaires. Il est toujours temps d'être plus agressif si l'évolution clinique se révèle défavorable. (8)

Une antibiothérapie probabiliste à large spectre permet de limiter la propagation de l'infection par voie hématogène, mais ne peut atteindre les tissus nécrotiques, atteints de micro thromboses septiques et souvent cloisonnés. L'anticoagulation efficace n'a pas prouvé son efficacité pour améliorer la pénétration des antibiotiques dans ces tissus.

Un régime hypercalorique, hyperprotidique en association à une oxygénothérapie hyperbare malheureusement non disponible dans notre centre, permettraient une cicatrisation plus rapide par une meilleure oxygénation des tissus.

Des colostomies de décharge permettent d'éviter les souillures des pansements, geste qu'on pas réalisé chez notre patiente. Nous nous sommes contentés à la mise en place d'une sonde urinaire à demeure.

### **Conclusion**

Les dermo hypodermes nécrosantes sont des pathologies plus ou moins rares notamment chez la femme.

Une prise en charge adéquate se doit d'être réalisée dès l'admission de la patiente en urgences.

Les volets thérapeutiques reposent sur un parage large des zones nécrotiques, une antibiothérapie à large spectre, un traitement des facteurs de risque, et une alimentation hyper protidique. L'oxygénothérapie hyperbare semble être un outil intéressant de la prise en charge surtout en phase de cicatrisation, mais malheureusement non disponibles dans nos centres hospitaliers.

### **REFERENCES**

1. Images du service de gynécologie-obstétrique II du CHU HASSAN II de Fès
2. Baurienne H. par une plaie contuse qui s'est terminée par une sphacèle de tout le scrotum. J Med Chir Pharm
3. Fournier JA, Gangrène foudroyante de la verge, Sem Med 1883
4. Ettalbi S, Bouchamkha Y, Boukind S, Droussi H, Ouahbi S, Soussou M, et al : la gangrène périnéo scrotale : profil épidémiologique et aspects thérapeutiques, à propos de 45 cas ; Ann Chir Plast Esthet
5. Carloni R, Pechevy L, Isola N, Vidal L, Goga D, Watier E, Bertheuil N, gangrène gazeuse périnéo- fessière à extension cervico faciale : à propos d'un cas exceptionnel, Annales de chirurgie plastique esthétique 2016, Elsevier Masson
6. Sallag P, Le breton C, Pavlovic M, Fouchard N, Delzant G, Bigot JM , Magnetic resonance imaging in adults presents with severe acute infectious cellulitis, Arch Dermatol 1994
7. Monneuse O, Gruner L, Barth X, Malick P, Timsit M, Gignoux B, et al : gangrene gazeuse extensive révélant une pathologie digestive : 7 observations, J chir 2007
8. Giully E, Velly L, Gouin F. principes thérapeutiques des dermo hypo dermites bactériennes nécrosantes et des fasciites nécrosantes. Ann Fr Anest Reanim