



FASCIITE NECROSANTE ET SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON, UNE ASSOCIATION EXCEPTIONNELLE AU COURS DE LA GROSSESSE : A PROPOS D'UN CAS

NECROTIZING FASCIITIS AND STEVENS-JOHNSON SYNDROME, AN EXCEPTIONAL ASSOCIATION IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Sidibé M1, Wade M1, Touré M2, Tandian F1.

1. Centre Hospitalier Régional Amath Dansokho de Kédougou.
2. Centre Hospitalier National Donka de Conakry.

Auteur correspondant : Dr Sidibé Mohamed, Hôpital Régional de Kédougou (République du Sénégal). Email : besidi42@gmail.com, Tel : 00221784442785.

Résumé

Nous rapportons le cas d'une femme enceinte de 26 ans qui a présenté une fasciite nécrosante vulvocurale secondaire à un syndrome de Stevens-Johnson provoqué par la prise de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) dans le cadre du traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme. Pendant son hospitalisation, elle a expulsé un fœtus mort de sexe féminin. Une intervention chirurgicale de débridement large de la cuisse associée à une incision de décharge à la grande lèvre a été réalisée. Nous avons opté pour une cicatrisation dirigée. Au suivi à huit mois, les lésions étaient complètement cicatrisées. **Mots-clés :** Fasciite nécrosante, Syndrome de Stevens-Johnson, grossesse.

Abstract

We report the case of a 26-year-old pregnant woman who presented with vulvocutaneous necrotizing fasciitis secondary to Stevens-Johnson syndrome caused by sulfadoxine-pyrimethamine (SP) intake during intermittent preventive treatment (IPT) for malaria. During hospitalization, she expelled a dead female fetus. She underwent surgical debridement of the

thigh and a discharge incision at the labia majora. Directed wound healing was chosen. At eight months of follow-up, the lesions were completely healed.

Keywords: Necrotizing fasciitis, Stevens-Johnson syndrome, pregnancy.

Introduction

La fasciite nécrosante (FN) est une dermohypodermite nécrosante atteignant l'aponévrose superficielle des muscles. Cette affection rare est causée par des germes dits « mangeurs de chair » toxigènes à forte virulence, principalement le streptocoque β -hémolytique du groupe A (1).

Tout comme la FN, le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et la nécrolyse épidermique toxique (NET) sont des affections dermatologiques rares menaçant le pronostic vital. Dans la majorité des cas, elles sont liées à une réaction médicamenteuse (2).

Nous rapportons un cas exceptionnel de co-occurrence de FN et de SJS chez une femme enceinte. La gestion thérapeutique a inclus un traitement antibiotique et un débridement chirurgical suivi d'une cicatrisation dirigée.

Observation

Une femme de 26 ans, sans antécédents pathologiques rapportés, a été référée à la maternité pour prise en charge d'algies diffuses et d'une dermatose associée à une grossesse de 23 semaines d'aménorrhée. Les symptômes ont commencé quelques heures après la prise de sulfadoxine-pyriméthamine lors de sa deuxième consultation prénatale. Elle se plaignait de douleurs diffuses et d'une sensation de brûlure cutanée. Un diagnostic initial d'herpès a été établi, et elle a reçu un traitement à base d'aciclovir pommade et diclofénac injectable. Cependant, au troisième jour, elle a expulsé un fœtus mort en début de macération. Devant l'apparition d'une nécrose s'étendant de la vulve au tiers moyen de la cuisse gauche (Figures 1, 2), un diagnostic de FN associée à un SJS a été retenu (Figures 3, 4).

Examen clinique :

- **Paramètres vitaux :** TA = 15/10, température = 37,5 °C, pouls = 113 bpm.
- **Signes cutanés :** éruptions prurigineuses, décollements bulleux disséminés.
- **Examen gynécologique :** inflammation vulvaire et absence de bruits cardiaques fœtaux.

Bilan biologique : GB = 13 500/mm³, Hb = 5,7 g/dL, CRP = 192 mg/L.

Intervention : Sous anesthésie générale, un débridement monobloc de la nécrose et une incision de décharge de la grande lèvre ont été réalisés, suivis d'un lavage abondant de la plaie au sérum physiologique (Figures 5-7). Le traitement postopératoire immédiat comprenait : paracétamol injectable (3 jours) et amoxicilline-acide clavulanique (10 jours). Des soins locaux avec NaCl 0,9 %, bétadine dermique et pommade cicatrisante ont été effectués trois fois par semaine dans un but de cicatrisation dirigée. Les suites opératoires ont été simples. L'hospitalisation a duré dix jours. Au suivi

à huit mois, la plaie était complètement cicatrisée (Figure 8).

Discussion

La FN et le SJS sont rares et graves. Le SJS a une incidence de 2 cas par million d'habitants par an avec une mortalité de 22 % (3). En revanche, la prévalence de la FN reste mal définie.

Les causes principales du SJS incluent :

- **Médicamenteuses :** sulfamides, pénicillines, anticonvulsivants (4, 5).
- **Infectieuses :** Herpès simplex, *Mycoplasma pneumoniae* (4).
- D'autres causes sont décrites dans la littérature médicale (néoplasies, radiothérapie, lupus érythémateux disséminé, sarcoïdose) (6,4). Les allergies médicamenteuses sont responsables des formes les plus sévères (4).

Les facteurs de risque de la FN comprennent l'âge > 50 ans, le diabète, les AINS, les immunosuppresseurs y compris la chimiothérapie, les hémopathies, les cancers, l'alcoolisme et la toxicomanie (7). En Afrique, d'autres facteurs tels que les dépigmentations artificielles ou les traitements traditionnels augmentent ce risque.

Dans ce cas, la prise de sulfadoxine-pyriméthamine pour la chimioprévention du paludisme a été identifiée comme déclencheur du SJS. Le décollement épidermique, la toxidermie ont permis l'introduction de germes, favorisée par un retard diagnostique et la prise d'AINS. Le germe responsable n'a pas pu être identifié. Les dermohypodermes et fasciites nécrosantes (DBHN-FN) sont des infections graves des tissus mous mettant en jeu le pronostic vital et dont la prise en charge est médico-chirurgicale multidisciplinaire (8).

La prise en charge idéale de cette affection comporte : un prélèvement bactériologique

pour antibiogramme, suivi de l'administration d'antibiotiques selon l'antibiogramme, des soins locaux jusqu'à obtention d'une plaie propre bien rouge, réalisation d'une greffe de peau une fois la plaie nettoyée.

Dans ce cas, l'absence de bactériologie et les risques liés à la toxidermie ont limité les options. La prise en charge de la patiente a consisté à la réalisation de débridement emportant toute la nécrose. L'utilisation

d'éosine aqueuse pour traiter les décollements cutanés, soins locaux jusqu'à cicatrisation.

Conclusion

La FN et le SJS sont des affections graves dont l'association reste exceptionnelle. La prévention passe par une évaluation prudente des traitements préventifs comme la sulfadoxine-pyriméthamine chez la femme enceinte. La gestion multidisciplinaire reste essentielle.

Références

1. Lamy-Festy M. et al. Necrotizing fasciitis of the chest wall. *Ann Thorac Surg.* 2001;72:1362-4.
2. Roujeau JC, Stern RS. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. *N Engl J Med.* 1994;331:1272-85.
3. Mockenhaupt M, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *J Invest Dermatol.* 2008;128:35-44.
4. Letko E, et al. Stevens-Johnson syndrome: a review. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2005;94:419-36.
5. Roujeau JC, et al. Medication use and Stevens-Johnson syndrome risk. *N Engl J Med.* 1995;333:1600-7.
6. Léauté-Labrèze C, et al. Diagnosis and management of Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dis Child.* 2000;83:347-52.
7. Société de Pathologie de Langue Française. Érysipèle et fasciite nécrosante. *Méd Mal Infect.* 2000;30:252-72.
8. Binder JP, et al. Dermohypodermes nécrosantes. *EMC Chir Plast Reconstr.* 2007;2(3):1-11.

ANNEXE



Fig1 :Image montrant la nécrose inguino-crurale.



Fig2 : Image mettant en évidence l'inflammation de la vulve



Fig3 :Vue latérale de la FN et des lésions du décollement cutané du SJS



Fig4 :Vue dorsale des lésions du décollement cutané du SJS



Fig5 :Image en cours de débridement



Fig6 :Image après necrosectomie totale

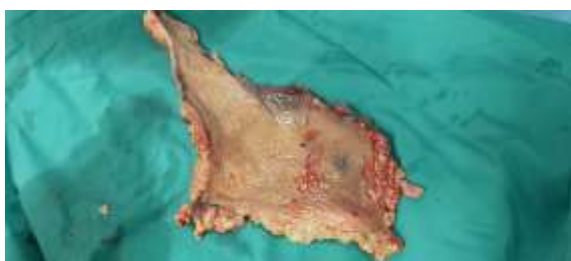


Fig7:Piece de la nécrose en monobloc



Fig8 :Recul de 8mois avec cicatrisation complète