

## Gangrène de Fournier : Notre expérience

*Fournier gangrene: our experience*

Ilhem OUAHAB, Abdelaziz BEHAR

Service de Chirurgie Générale. CHU de Sétif - Algérie.

Correspondance à :  
Ilhem OUAHAB  
[dr\\_ouahabilhem@yahoo.fr](mailto:dr_ouahabilhem@yahoo.fr)DOI:<https://doi.org/10.48087/BIMS.0a.2019.6113>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

**RÉSUMÉ**

Nous rapportons une étude rétrospective de janvier 2012 à septembre 2017 de 23 cas de gangrène de Fournier opérés dans notre service. La gangrène de Fournier est une affection rare des parties molles par des germes aérobies et/ou anaérobies ; elle se développe le plus souvent à partir d'une lésion suppurée urogénitale, ano-rectale ou cutanée. Elle évolue brutalement vers la cellulite et la nécrose. La prédominance masculine était la règle avec un sex-ratio de 2,83. La prise en charge médicochirurgicale doit être urgente car le pronostic vital est mis en jeu.

**Mots-clés:** Gangrène de Fournier, urgence médicochirurgicale, pronostic sombre.

**ABSTRACT**

We report a retrospective study from January 2012 to September 2017 of 23 cases of Fournier gangrene operated in our department. Fournier gangrene is a rare soft tissue disease caused by aerobic and / or anaerobic germs; it develops most often from a suppurative urogenital, anorectal or cutaneous lesion. It evolves abruptly towards cellulitis and necrosis. Male dominance was the rule with a sex ratio of 2.83. Medical and surgical management must be urgent because of the vital prognosis.

**Keywords:** Fournier gangrene, medico-surgical emergency, poor prognosis.

**Introduction**

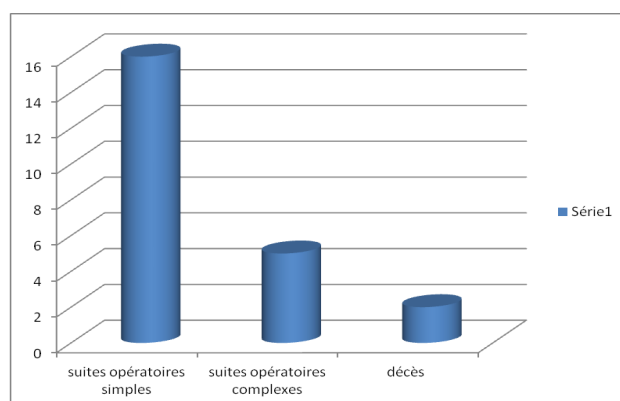
La gangrène de Fournier est une affection rare mais grave et de pronostic sombre ; elle est due à une infection des parties molles par des germes aérobies et/ou anaérobies survenant habituellement sur un terrain à risque. Le diagnostic est généralement simple. Sa prise en charge doit être pluridisciplinaire (réanimation, antibiothérapie et chirurgie) en extrême urgence. L'objectif de notre travail est de rapporter notre expérience de prise en charge de la gangrène de Fournier dans notre service.

**Patients et méthodes**

Notre travail concerne l'étude rétrospective de 23 patients atteints de gangrène de Fournier colligés sur cinq ans et six mois. Les patients étaient admis dans le cadre de l'urgence. Il s'agissait de 17 hommes et de 6 femmes atteints de gangrène de Fournier. Des facteurs de risques étaient trouvés chez tous nos patients (diabète, hypertension artérielle, coagulopathie, broncho-pneumopathie, cardiopathie, obésité...). Une plaie anopérinéale était notée dans la majorité des cas. Une intervention sur le périnée (épisiotomie) était rapportée par l'interrogatoire des patientes affectées par la gangrène du périnée. L'examen clinique simple permettait le diagnostic. L'odeur fétide de la nécrose tissulaire infectieuse était facilement reconnaissable. Des examens biologiques étaient réalisés (retentissement de la maladie) de même que bilan préopératoire. La TDM n'a été réalisée que dans peu de cas. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement médical (réanimation) et d'un traitement chirurgical (mise à plat avec pansement aspiratif).

**Résultats**

On déplorait deux décès (lésions étendues avec installation d'un état de choc). Les suites opératoires étaient complexes dans cinq cas (séjour en soins intensifs). Les suites opératoires simples étaient notées chez 16 patients avec cicatrisation cutanée en 30 jours (figure 1). La prédominance masculine était notée. Il s'agissait de 17 hommes et 6 femmes avec un sex-ratio H / F de 2,83.



**Figure 1.** Pronostic des patients dans notre série.

## Discussion

La gangrène de Fournier, appelée encore gangrène du périnée est due à une infection aigue des parties molles du périnée par des germes aérobies et/ou anaérobies. Elle se développe le plus souvent à partir d'une lésion suppurée urogénitale, anorectale ou cutanée (1). La gangrène de Fournier est rare dans notre service, parmi les affections proctologiques opérées. Sur cinq ans et six mois, nous avons colligé 23 cas. Les facteurs de risque étaient trouvés chez tous nos patients (le diabète, l'obésité, la coagulopathie, la broncho pneumopathie, l'hypertension artérielle et la cardiopathie). La gangrène de Fournier complique souvent une suppuration périnéale initiale d'origine digestive ou urogénitale ou cutanée, qui peut être primitive, post opératoire ou post traumatique (2). L'épisiotomie était le principal antécédent des femmes atteintes par la pathologie. L'abcès péri anal, l'orchépididymite et la plaie périnéale étaient la cause primitive chez la majorité de nos patients. L'âge moyen de nos patients hommes était de 45 ans (40 – 65). Toutes les femmes étaient âgées de moins de 40 ans. Un âge supérieur à 50 ans est un facteur de mauvais pronostic surtout si les facteurs de risque sont trouvés (3).

Les germes en cause de cette affection sont généralement des germes des infections colo proctologiques et urinaires (Staphylocoque aureus, Escherichia coli, Pseudomonas, Klebsiella, Entérobacter, Clostridium perfringens, Bacteriodes ...) (4). La virulence des germes est potentiellement liée à la synergie des germes aérobies et anaérobies ce qui aggrave le pronostic de l'affection (5). Tous ces germes étaient identifiés sur les prélèvements bactériologiques effectués chez notre effectif.

Le diagnostic de la gangrène de Fournier est aisé. Il est facilement reconnu sur l'odeur fétide de la nécrose tissulaire infectieuse. L'inspection du périnée trouve une association variable de lésions rouges, noires et vertes. Les zones cutanées rouges, associées à une infiltration sous cutanée épaisse, œdémateuse et suintante, très douloureuse au toucher, correspondent à un aspect classique de cellulite (6). La crépitation neigeuse caractéristique n'est présente que dans 30 % des cas (7). Les lésions noires, nécrotiques et insensibles sont associées à un décollement cutané avec des phlyctènes. Les lésions verdâtres correspondent à des zones de fonte purulente des tissus avec écoulement séro purulent. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic (8). Les radiographies pourraient montrer des bulles gazeuses mais elles n'ont pas d'intérêt diagnostique (9). Dans notre étude, la tomographie était réalisée que dans trois cas (suppurations anales complexes associées à la nécrose extensive du périnée).

La prise en charge de nos patients était rapide après réalisation des bilans de retentissement et préopératoire dans une unité de réanimation chirurgicale: Maintien de la volémie et de l'équilibre hydro électrolytique, correction de la glycémie, traitement du choc septique par la mise en route d'une antibiothérapie à large spectre puis adaptée à l'antibiogramme. Le traitement chirurgical est le traitement de référence. Il comporte des interventions chirurgicales itératives pour excisions, débridements et drainage, une colostomie d'emblée dans les cas graves ou lorsque l'origine est coloproctologique et, rarement, une dérivation urinaire (10).

Chez nos patients, le traitement chirurgical était rapide par la mise à plat des tissus nécrosés et dévitalisés et évacuation du pus avec un pansement aspiratif en fin d'intervention. Une oxygénation hyper barre était réalisée. L'oxygénothérapie hyperbare (OHB) possède plusieurs intérêts théoriques. (11) Ce traitement permet d'augmenter la concentration locale en oxygène permettant de restaurer le pouvoir bactéricide des polynucléaires neutrophiles et la circonscription de l'infection. Il existe aussi un effet bactériostatique et bactéricide de l'oxygène. L'OHB optimiserait l'activité des antibiotiques, inciterait l'angiogénèse et diminuerait l'œdème. Ces effets contribueraient à améliorer la cicatrisation et à empêcher la multiplication des bactéries (12). Des chirurgies itératives étaient nécessaires chez tous nos malades. Une colostomie d'emblée était réalisée chez un seul patient qui présentait des lésions graves du périnée. On déplorait deux décès (âge > 65 ans, obésité, diabète, cardiopathie et HTA) avec des lésions extensives et état de choc. Les suites opératoires étaient complexes chez cinq patients (retard de diagnostic) imposant une réanimation intensive (intubation et ventilation assistée). Les suites opératoires étaient simples dans 70 % avec cicatrisation cutanée en 30 jours.

## Conclusion

La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante de la région périnéale qui touche majoritairement les hommes de tous âges, exceptionnellement les femmes. L'évolution de la gangrène de Fournier est imprévisible pouvant aller au décès par défaillance multi viscérale en l'absence d'un traitement rapide et efficace dans un contexte pluri disciplinaire. Le traitement chirurgical en urgence est impératif afin de stopper l'évolution septique locorégionale de l'infection périnéale, encadré par une réanimation intensive et une forte antibiothérapie d'abord à large spectre puis adaptée à l'antibiogramme.

**Déclaration d'intérêts :** les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

## References

1. Sorensen MD, Krieger JN, Rivara FP, Broghammer JA, Klein MB, Mack CD, Wessells H. « Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes » [archive] J Urol. 2009;181(5):2120-6. PMID 19286224
2. Wong C.H., Khin L.W., Heng K.S. et al. The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: A tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. Crit Care Med 2004; 32: 1535-41.
3. Verit A, Verit FF. Fournier's gangrene: the development of a classical pathology. BJU Int 2007; 100:1218-20.
4. Tsai TH, You HY. Necrotizing fasciitis caused by Shewanella putrefaciens in a uremic patient. J Microbiol Immunol Infect 2006; 39: 516-8.
5. Altarac S, Katušin D, Crnica S, Papeš D, Rajković Z, Arslani N. « Fournier's gangrene: etiology and outcome analysis of 41 patients » [archive] Urol Int. 2012;88(3):289-93. PMID 22433163
6. BhatnagarAM, Mohite PN, Suthar M. Fournier's gangrene: a review of 110 cases for aetiology, predisposing conditions, microorganisms, and modalities for coverage of necrosed scrotum with bare testes. N Z Med J 2008;121:46-56.
7. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1 726 cases. Br J Surg 2000; 87:718-28.
8. Morrison D., Blaivas M., Lyon M. Emergency diagnosis of Fournier's gangrene with bedside ultrasound. Am J Emerg Med 2005 ; 23 : 544-7.
9. Biyani C.S., Mayor P.E., Powell C.S. Case report: Fournier's gangrene – roentno- graphic and sonographic findings. Clin Radiol 1995; 50: 728-9.
10. Arvieux C, Reche F. Traitement chirurgical des gangrènes du périnée. EMC. 2011 Elsevier Masson SAS
11. Vargas F, Boyer A. Gangrène de Fournier. CONFÉRENCES : INFECTIONS CUTANÉES. Urgences 2011.SFMU
12. Norton K.S., Johnson L.W., Perry T. et al. Management of Fournier's gangrene: an eleven-year retrospective analysis of early recognition, diagnosis, and treatment. Am J Surg 2002 ; 68 : 709-13.