***Fasciite nécrosante chez le diabétique : à propos d’un cas.***

***S.Raddadi, Y.Htira, Z.Hadj Ali, F.Ben Mami***

***Introduction :***

La fasciite nécrosante, ou dermo-hypodermite bactérienne nécrosante profonde, est un processus infectieux grave des aponévroses superficielles et des tissus sous-cutanés avec une gangrène cutanée et des thromboses vasculaires. Elles sont plus fréquentes chez le diabétique, mettant parfois en jeu le pronostic vital et fonctionnel. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

***Observation :***

Nous rapportons le cas d’une fasciite nécrosante du bras chez un patient diabétique.

Il s’agissait d’un patient âgé de 47 ans, diabétique de type 2 connu depuis 5 ans, mal équilibré, recevant une insulinothérapie depuis 4 ans. Le patient était hospitalisé dans notre service pour une décompensation cétosique de son diabète en rapport avec une importante tuméfaction du bras gauche évoluant depuis 12 jours, d’apparition spontanée, sans point d’entrée décelable à l’examen, le tout associé à une dénutrition sévère.

L’examen initial avait mis en évidence un patient cachectique, pale, fébrile à 38.2 ◦C et un BMI à 17 kg/m. L’examen du membre supérieur gauche a objectivé une tuméfaction du moignon de l’épaule avec des signes inflammatoires locaux (rougeur et chaleur).

A la biologie : un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 160 mg et une hyperleucocytose à 25700 éléments/mm3 dont 22600 polynucléaires neutrophiles (PNN) avec au frottis sanguin présence de PN avec granulations toxiques et corps de DOHLE et une discrète myélémie.

L’échographie des parties molles avait montré  un aspect épaissi hétérogène du muscle deltoïde gauche avec une infiltration adjacente sans collection décelable. Le patient était mis initialement sous une antibiothérapie intraveineuse à base d’amoxicilline+ acide clavulanique.

L’évolution après 8 jours d’antibiotiques était marquée par une amélioration sur le plan biologique avec une baisse de la CRP et des globules blancs sanguins contrastant avec une aggravation de l’état local avec une apparition de zones de nécroses cutanées, ainsi qu’une fistulisation au niveau de la face antérieure du tiers inférieur du bras avec une issue de pus.

Le patient a été transféré en orthopédie à J8 de l’hospitalisation pour une prise en charge chirurgicale de la fasciite nécrosante. Il avait bénéficié d’une excision du placard erythémato-nécrotique suivie d’un lavage abondant et rapprochement des berges par deux point.

Un prélèvement bactériologique était fait, mettant en évidence un staphylocoque aureus multi sensible.

En post-opératoire, le patient avait reçu une antibiothérapie à base d’amoxicilline+ acide clavulanique en association avec la gentamycine.

L’évolution était marquée par une amélioration favorable initialement, suivie secondairement par une nécrose des berges de la plaie opératoire et une réascension de la CRP, nécessitant une reprise chirurgicale à j3 post-opératoire.

Le patient est décédé à j8 post-opératoire dans un tableau de sepsis sévère.

***Conclusion :***

La facsiite nécrosante reste une affection grave, notamment chez le diabétique, son évolution est rapide et dramatique d’où la nécessité d’une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

 La particularité de notre cas réside dans l’agent causal, le staphylococcus aureus ; cette particularité peut être expliquée par l’immunodépression résultant elle-même d’une dénutrition sévère.