

Prise en charge de la gangrène du périnée en milieu défavorisé / *Management of the Perineal Gangrene in a Disadvantaged Environment*

DJE KOFFI¹, AVION KP¹, AKASSIMADOU N¹, BOGNI BL¹, COULIBALY N².

Djè_koffi@yahoo.fr ; avionkouassi@yahoo.fr ; nakassimadou@yahoo.fr ; patricj_bogni@yahoo.fr ; coulny@yahoo.fr

1- Service d'Urologie du CHU de Bouaké
2- Service d'Urologie CHU de Treichville

Correspondance : Avion Kouassi Patrice. E-mail : avionkouassi@yahoo.fr

RESUME

Objectif. Décrire la prise en charge des gangrènes du périnée en milieu défavorisé.

Méthodes. Etude rétrospective descriptive, réalisée au CHU de Bouaké sur la période de janvier 2009 à juin 2014 portant sur 26 patients admis pour gangrène du périnée. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques

Résultats. L'âge moyen des patients était de 45,4 ans. Le délai moyen de consultation était de 12,5 jours. Une porte d'entrée avait été retrouvée chez 12 patients et 4 patients avaient une co-morbidité (VIH, n=2 ; Diabète, n=2). La tuméfaction des bourses était le motif de consultation le plus fréquent (95%). Le diagnostic de la gangrène du périnée était clinique. Les lésions prédominaient sur le scrotum seul (73%). Ces lésions étaient caractérisées par un œdème, une nécrose tissulaire plus ou moins étendue, une fluctuation et parfois un écoulement purulent. Tous les patients ont eu un traitement antibiotique, une nécrosectomie plus drainage urinaire en urgence et des soins locaux quotidiens. Une orchidectomie a été réalisée chez un patient pour nécrose testiculaire. La majorité des patients avait une durée d'hospitalisation comprise entre 20 et 30 jours (60,2%). La cicatrisation a été progressive chez tous nos patients. Quatre (04) patients sont décédés dans un tableau choc septique.

Conclusion. La gangrène du périnée sévit en milieu défavorisé. Sa prise en charge est basée sur l'antibiothérapie, la chirurgie et les soins locaux. Elle doit être précoce et rapide afin d'améliorer le pronostic.

Mots Clés : Gangrène du périnée, Fasciite nécrosante, Organes génitaux externes.

ABSTRACT

Objective. To describe the management of perineal gangrene in a disadvantaged environment.

Methods. Descriptive retrospective study carried out at Bouaké University Hospital from January 2009 to June 2014, covering 26 patients admitted for perineal gangrene. The parameters studied were epidemiological, clinical, therapeutic.

Results. The mean age of patients was 45.4 years. The average time for consultation was 12.5 days. An entry portal was found in 12 patients and 4 patients had co-morbidity (HIV, n = 2, Diabetes, n = 2). The swelling of the scrotum was the most frequent reason for consultation (95%). The diagnosis of perineal gangrene was clinical. Lesions were predominant on the scrotum alone (73%). These lesions were characterized by edema, more or less extensive tissue necrosis, fluctuation and sometimes purulent discharge. All patients underwent antibiotic treatment, necrosectomy plus emergency urinary drainage and daily local care. An orchidectomy was performed in a patient for testicular necrosis. The majority of patients had a hospital stay of between 20 and 30 days (60.2%). Wound healing has been progressive in all our patients. Four (04) patients died in a septic shock.

Conclusion. Perineal gangrene is present in disadvantaged areas. Its management is based on antibiotherapy, surgery and local care. It must be early and rapid in order to improve the prognosis.

Keywords: Perineal gangrene, Necrotizing fasciitis, External genital organs

INTRODUCTION

La gangrène des organes génitaux externes est une fasciite nécrosante des organes génitaux externes, du périnée et de la région périnéale liée à une thrombose des petits vaisseaux sous-cutanés qui aboutit à une gangrène de la peau^{1,2,3}. Son diagnostic est essentiellement clinique⁴. Son évolution spontanée, et imprévisible met en jeu le pronostic du patient avec une mortalité non négligeable, entre 10 et 60% selon les séries⁴. Le traitement est médico chirurgical, comportant la réanimation, l'antibiothérapie adaptée au germe retrouvé après antibiogramme, la chirurgie et l'oxygénothérapie hyperbare des certains cas. Cette antibiothérapie curative améliore le pronostic car réduit le risque de septicémie. En milieu défavorisé, cette antibiothérapie est probabiliste réalisée à l'aveugle en espérant cibler les germes fréquents de la sphère urogénitale tel que *Echerichacoli coli*.

Le but de ce travail était de décrire la prise en charge des gangrènes du périnée en milieu défavorisé.

METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptive ayant permis de colliger 26 cas de gangrène des OGE sur la période janvier 2009 à juin 2014. Il s'agissait d'un échantillon prenant en compte tous les dossiers des patients admis pour gangrène des organes génitaux externes. Ont été inclus dans cette étude les dossiers des patients admis dans le service pour gangrène des organes génitaux externe. N'ont pas été inclus dans cette étude les dossiers des patients ne contenant pas le diagnostic de gangrène des organes génitaux externes et ceux n'ayant pas une observation médicale complète. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les résultats thérapeutiques ont été appréciés sur un recul d'au moins trois (03) mois.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 45,4 ans avec des extrêmes de 18 et 85 ans.

Pour ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, les cultivateurs, les sans emplois, les fonctionnaires et les retraités représentaient respectivement 50% (n=13) ; 19,23% (n=5) ; 15,38% (n=4) ; 15,38% (n=4).

Le délai moyen de consultation était de 12,5 jours avec des extrêmes de 3 et 30 jours.

Une porte d'entrée avait été précisée chez douze patients (46,15 %). Il s'agissait d'une gangrène du périnée secondaire à une affection urologique, proctologique et dermatologique. Les affections urinaires étaient une orchite (n=1), une sténoseurétrale (n=7), une rétention urinaire chez les patients qui avaient une hypertrophie prostatique d'allure bénigne (n=2). L'affection proctologique et dermatologique était respectivement l'abcès anal (n=1) et un furoncle des bourses (n=1). Les facteurs de comorbidité trouvés chez quatre patients (15,38 %) étaient le VIH (n=2) et le diabète (n=2).

La tuméfaction des bourses était le motif de consultation le plus fréquent avec 96,1 % (n=25).

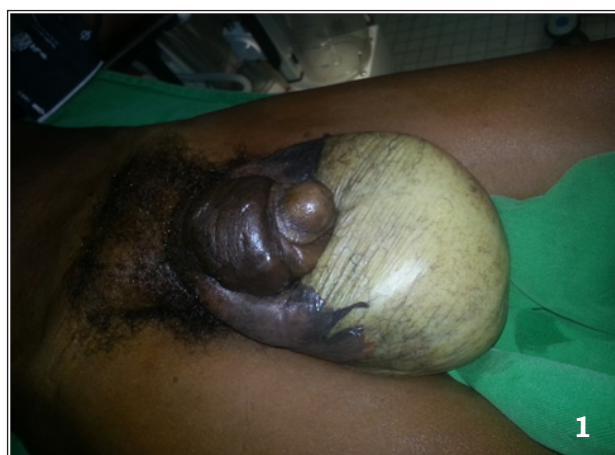


Photo 1 et 2 : Aspects d'une gangrène péno-scrotale

Les signes physiques étaient dominés par la tuméfaction, la fluctuation et l'ulcération nécrotique avec 61,53%, n =16 (Photo 3)

Les lésions prédominaient sur le scrotum avec 19 patients (73,07%). (Photo 4)

Au plan paraclinique, aucun bilan bactériologique ni radiologique n'a pu être effectué. L'analyse de la formule sanguine (NFS) a été réalisée chez les patients. Le bilan rénal a été

réalisé chez 10 patients .Le taux de glycémie était supérieur à 2 g à jeun chez 2 patients. Parmi les patients ayant réalisés la NFS ,15 avaient une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophile, 3 patients avaient une anémie,la numération était normale chez 2 patients.



Photo 3 : Gangrène des OGE étendu à la face interne de la cuisse gauche



Photo 4 : Gangrène du scrotum

Deux patients ont présenté une insuffisance rénale aigüe.

Neuf patients n'ont pas réalisés la numération.

Le bilan rénal n'a pu être effectué chez 16 patients.

Au plan thérapeutique : tous nos patients ont reçu une réanimation, une antibiothérapie et une nécrosectomie plus drainage urinaire. (Photo 5)



Photo 5 : Aspect de la bourse post nécrosectomie



Photo 6 : J20 post nécrosectomie



Photo 7 : J35 post nécrosectomie

La répartition des patients selon l'antibiothérapie est résumée dans le tableau I.

Tableau I : Répartitions des patients selon l'antibiothérapie

Antibiothérapie	n	%
Bétalactamine + Imidazolé + Aminoside	20	76,92
Bétalactamine + Imidazolé	6	23,07
Total	26	100

La répartition des patients selon les conditions de traitement chirurgical est résumée dans le tableau 2.

Tableau II : Répartition les patients selon les conditions de chirurgie.

Traitement chirurgical	n	%
Nécrosectomie sous AG + SUT	8	30,76
Nécrosectomie sous AG + Cys-tostomie	10	38,46
Nécrosectomie sous AL + SUT	8	30,76
Total	26	100

La répartition des patients selon la durée d'hospitalisation est résumée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

n jours	n
0-10	4
10-20	5
20-30	16
30-40	1
Total	26

22 patients (84,61%) ont survécu à la maladie. Photos 6 et 7.

Quatre (4) patients (15,38%) sont décédés dans un tableau choc septique.

DISCUSSIONS

La rareté de la gangrène des organes génitaux a été déjà notée par certains auteurs. Ainsi Djè⁶ et Dekou⁷ en côte d'Ivoire ont rapporté respectivement 78 cas en 6 ans et 14 cas en 9 ans, au Maroc, Boriki⁷ a rapporté 60 cas en 17 ans. La fréquence peu élevée de la gangrène du périnée se retrouve ainsi dans notre série avec 26 cas en 4 ans et demi. L'âge moyen de nos patients était de 45,4 ans avec des extrêmes de 18 et 85 ans. Bah⁸ dans son étude faite en Guinée a rapporté un âge moyen de 45,5 ans avec des extrêmes de 3 et 88 ans. Ce qui est comparable à notre résultat.

Djè et al.⁶ à Bouaké ont rapporté un âge moyen de 43,3 ans avec des extrêmes de 10 et

80 ans, Dekou et al. ont rapporté à Abidjan un âge moyen de 39 ans avec des extrêmes de 20 et 67 ans, Hodnou et al.⁹ ont rapporté au Benin un âge moyen de 54 ans avec des extrêmes de 20 et 80 ans. Ces courtes séries confirment que la gangrène du périnée est une pathologie de l'adulte jeune. Tous nos patients étaient de sexe masculin, cependant des cas d'atteinte du sexe féminin ont été rapportés par d'autres auteurs tels que Djè⁶ et Eke¹.

Nous avons noté une prédominance des agriculteurs dans notre étude avec 50 % (n= 13). Bah⁸ dans son étude en Guinée avait observé cette prédominance de la gangrène du périnée chez les agriculteurs 58,62%. Lehie¹⁰ dans son étude à Abidjan portant sur 30 cas de gangrènes périnéales, les cultivateurs et les ouvriers représentaient, respectivement 30 et 33 %. Ces résultats pourraient s'expliquer d'une part par la proportion élevée des cultivateurs au sein de la population générale de notre pays et d'autre part, le manque d'information sur l'hygiène périnéale.

Dans notre série les patients ont consultés à un stade de nécrose. Ce retard de la consultation a été noté par Djè⁶ et Bah⁸. Ces différents constats pourraient s'expliquer d'une part, au manque d'informations sur la gravité de la pathologie et d'autre part, aux conditions socio-économiques précaires des patients.

Dans notre série, la gangrène était secondaire dans 46,15% des cas à une cause précise identifiée et les causes urogénitales étaient plus fréquentes. A Cotonou, Hodnou⁹ dans son étude portant les gangrènes péno-périnéo-scrotales a rapporté que la cause urogénitale était la plus fréquente avec 31,25%. Ce résultat corrobore avec celui de notre étude. Cependant dans 53,84% des cas, aucune cause n'a pu être trouvée. Ce taux non conforme à celui de la littérature pourrait s'expliquer par la gangrène primitive dont l'étiologie ou les facteurs prédisposant restent inconnus¹¹ d'une part et d'autre part, d'une insuffisance dans la recherche étiologique vu notre plateau technique insuffisant.

Nous n'avons pas eu besoin de bilan imagérique, en particulier la radiographie sans préparation, l'échographie et la tomodensitométrie vu le contexte clinique évident. Le bilan imagérique est utile en cas de doute diagnostique ou de diagnostic au début mais aussi pour apprécier l'étendue de la nécrose¹². Le germe le plus rencontré dans les prélèvements pour examens bactériologiques est *Escherichia coli*^{8,12,13}.

La connaissance du germe ainsi que sa sensibilité aux antibiotiques permet d'adapter l'antibiothérapie initiale au germe. Cependant, dans notre étude aucun patient n'a bénéficié d'un prélèvement pour examen bactériologique. L'antibiothérapie était probabiliste et nous avons noté des résultats satisfaisants. Notre conduite s'explique par le fait que dans notre pratique aucun bilan bactériologique ne peut être réalisé en urgence.

L'attitude thérapeutique devant une gangrène de périnée est univoque. Ce traitement est médico-chirurgical et fait appel à l'antibiothérapie, la nécrosectomie et les soins locaux quotidiens^{6,8} et pour d'autres auteurs à l'oxygénothérapie hyperbare¹¹. Dans notre série nos patients ont eu un traitement antibiotique fait de bêta-lactamine plus imidazolés et un aminoside (n=2) chez les patients ayant une bonne fonction rénale et une bêta-lactamine associé un imidazolé (n=6). Ce protocole a été utilisé par HUBENT et al.¹¹.

Le traitement chirurgical était constitué de la nécrosectomie sous anesthésie général plus cystostomie (n=10), nécrosectomie sous AG plus drainage vésical transurétral (n=8), et une nécrosectomie sous anesthésie local (n=8). Dans la littérature, l'anesthésie générale est le type d'anesthésie rapporté^{6,13}. La nécrosectomie réalisée sous anesthésie locale s'explique dans notre pratique par l'impossibilité des patients d'honorer le kit de l'anesthésie général par manque de moyens financiers.

Dans notre série, 84,61% de nos patients (n=22) étaient guéris et nous avons enregistré 4 cas de décès soit 15,38%. La majorité de nos patients avaient une durée d'hospitalisation compris en 20 et 30 jours. La mortalité de la gangrène du périnée reste lourde dans la littérature. Ainsi Djè⁶ a rapporté 17,9% sur 78 observations, Borki¹³ 20% sur 60 cas et Hodonou⁹, 21,8% sur 32 cas. Ces taux élevés de décès confirment la gravité de la gangrène du périnée d'une part d'autre part le retard à la consultation de nos patients.

CONCLUSION

La gangrène du périnée demeure malgré sa rareté, une affection grave avec un taux de mortalité élevé. Elle sévit en milieu défavorisé. Son traitement est médico-chirurgical (antibiothérapie, chirurgie et passements). L'amélioration du pronostic passe par la précocité du diagnostic ainsi qu'une prise en charge rapide et adaptée.

RÉFÉRENCE

- 1- **Eke N.** Fournier's gangrène: a review of 1726 cases. Br J Surg 2000;87:718-28.
- 2- **Erdemir F, Tahmael, Kibar Y et al.** (2006) Fournier's gangrene: report of thirty-three cases and a review of the literature. Int J Urol 13: 960-67.
- 3- **Jeong HJ, Parck SC, Seo IY et al.** gangrène de Fournier : revue de la littérature récente. Elsevier Masson 2008.
- 4- **Akgun Y, Yilmaz G.** Factors affecting mortality in Fournier's gangrene. Ulus Travma Derg 2005, 11 :49.
- 5- **Ngabou U, Sougou. E, Allognon. C et al.** Infections gangréneuses périnéales. Aspects anatomo-cliniques et difficultés thérapeutiques. Médecine d'Afrique noire 2004 ; (51) 7 :426-28.
- 6- **Dje K, Lebeau R, Diane B et al.** la gangrène périnéale à propos de 78 observations. African journal of urology 2006, 12 :44-50
- 7- **Dekou A, Konan P-G ; Gowe E et al.** gangrène des organes génitaux externes : traitement chirurgical et recontitution plastique. Andrologie 2011. (01) : 50-3.
- 8- **Bah I, Diallo A.B, Diallo A.T et al.** problématique de la prise en charge de la gangrène des organes génitaux externes au service d'urologie –andrologie du CHU de Conakry 2013 ; 1 :38-45.
- 9- **HODONOU, AKPO C, HOUNNASSO et al** : les gangrènes péno-périnéo-scrotales. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 32 cas . Progrès en Urologie 200 ; 10 :271-76.-
- 10- **Lehie B.** contribution à l'étude épidémiologique, étiopathogénique et thérapeutique des gangrènes périnéales : à propos de 30 cas. Thèse Méd: Abidjan 1995 ; 1636,130p.
- 11 - **Hubert J, Fournier G, Mangin P, et al.** Gangrène des organes génitaux externes. Progrès en Urologie (1995) ,5 : 911-924.
- 12- **Michel F, Faucherya, Belhady M. et al.** Apport de l'imagerie dans le diagnostic précoce de la gangrène de Fournier. Progrès en urologie 1997,7 : 471-475.
- 13- **Borki .K, Att Ali.A ,Choho. A et al:** la gangrène périnéoscrotale : à propos de 60 cas. Mémoire de l'académie nationale de chirurgie 2002,1 (4) : 49-54.