

INFECTION NECROSANTE DES TISSUS MOUS: INFECTION COMMUNAUTAIRE APRES EXPOSITION RECENTE A DES ANTIBIOTIQUES, INFECTION NOSOCOMIALE (POSTOPERATOIRE) OU POSTTRAUMATIQUE

• Aspects cliniques et commentaires

- La fasciite nécrosante, la gangrène synergique progressive bactérienne de Melaney, la gangrène de Fournier, phagadena gangrenosum... peuvent être cataloguées comme un groupe de pathologies avec une physiopathologie similaire: les infections nécrosantes des tissus mous.
- Diagnostic de fasciite nécrosante.
 - Suspicion basée sur la présentation clinique: douleur et/ou toxicité disproportionnée par rapport au tableau clinique, nécrose, crépitations, cellulite (peut affecter l'aponévrose).
 - La confirmation nécessite une incision du tissu affecté et un sondage: s'il n'y a aucune résistance au sondage sous-cutané (plan aponévrotique), le diagnostic est confirmé.
- Les pathogènes sont capables de pénétrer la peau suite à un traumatisme ou par dissémination d'une autre infection (cutanée, intestinale, périnéale, ...).
- Diagnostic précoce essentiel pour réduire la morbidité et la mortalité.
- Nécessite une exploration chirurgicale rapide et un débridement étendu, ainsi qu'un traitement anti-infectieux (pas d'indication pour oxygénothérapie hyperbare).
- La clindamycine est utilisée pour son activité suppressive de la production de toxines.
- Exposition récente à des antibiotiques = exposition pendant ≥ 5 jours pendant les 14 jours qui précèdent le début de la symptomatologie actuelle.

• Pathogènes impliqués

Infection souvent polymicrobienne.

- Streptocoques du groupe A (*Streptococcus pyogenes*).
- Streptocoques du groupe C (*Streptococcus dysgalactiae*).
- Streptocoques du groupe G.
- *Clostridium* spp.
- *Staphylococcus aureus*.
- Entérobactéries.
- Autres anaérobies.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA.
 - Céfépime + métronidazole + clindamycine.
 - Céfépime + ornidazole + clindamycine.
 - Ceftazidime + métronidazole + clindamycine.
 - Ceftazidime + ornidazole + clindamycine.
 - Pipéracilline-tazobactam + clindamycine.
 - Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA.
 - Vancomycine + céfépime + métronidazole + clindamycine.
 - Vancomycine + céfépime + ornidazole + clindamycine.
 - Vancomycine + ceftazidime + métronidazole + clindamycine.
 - Vancomycine + ceftazidime + ornidazole + clindamycine.
 - Vancomycine + pipéracilline-tazobactam + clindamycine.
- Posologies standard.
 - Céfépime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - Clindamycine: 600 mg iv q6h ou 900 mg iv q8h.
 - Métronidazole: 500 mg iv q8h ou 1,5 g iv q24h.
 - Ornidazole: 1 g iv q24h.
 - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
 - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 $\mu\text{g/ml}$ soit par des infusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 $\mu\text{g/ml}$.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): pas bien définie (jusqu'il n'y a plus besoin de débridement et une stabilisation hémodynamique et une amélioration des paramètres inflammatoires ont été obtenues).