

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie



F.M.O.S.

Année universitaire : 2014-2015

N° /...../

Thèse

**LA PRISE EN CHARGE DES GANGRENES
DE FOURNIER DANS LE SERVICE
D'UROLOGIE DU CHU POINT G.
A PROPOS DE 36 CAS**

Par M. **Nouhoum Dicko**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLOME D'ÉTAT*)

Jury

Président :	Professeur	Cheick	Bougadari	Traoré
Co-directeur:	Docteur	Mamadou	Lamine	Diakité
Directeur :	Professeur	Aly	Douro	Tembely
Membre :	Docteur	Daouda		Sangaré

**LA PRISE EN CHARGE DES GANGRENES DE FOURNIER DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU
POINT G. A PROPOS DE 36 CAS**

DEDICACES

Au nom d'Allah, le tout Miséricordieux, et très Miséricordieux.

Toute la louange à Allah, Seigneur de l'univers de m'avoir donné la chance, le temps et les moyens nécessaires de mener à terme ce travail.

A notre Prophète Mohamed ; Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons.

A mon père : Oumar Dicko

J'ai fait preuve de courage comme vous me l'avez conseillé. Ce travail est le votre. Que le tout puissant <<ALLAH>> te protège et te donne encore longue vie à nos côtés.

A ma mère : Fatoumata Dicko

Maman, ce travail est le tien. Mère dévouée, courageuse, généreuse, brave femme, source de ma vie, pionnière de mon éducation, toujours prête à sécher nos larmes.

En écrivant ces quelques lignes pour signifier mon amour pour toi maman,

Les larmes remplissent mes yeux. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui n'ont pas été vains. Tu es ma fierté de tout temps.

Maman, merci pour tous les plaisirs, la tendresse, la compréhension,

Les sourires et l'amour que tu m'as toujours donnés.

Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'aie causés !

Je t'admire énormément, je suis fier de t'avoir comme Maman ...

Une fois de plus, ton absence se fait ressentir aujourd'hui, où j'aurais tant souhaité te voir à mes côtés. Tu es et tu demeures toujours parmi nous.

Que ton âme repose en paix .Amen

A mes frères et sœurs : Hamadoun Dicko ; Boureima Dicko ; Boubacar Dicko ; Hassane Dicko ; Moustapha Dicko ; Fatoumata Dicko ; Aminata Dicko ; Altiné Dicko.
Que Dieu nous garde toujours uni.

A ma fiancée : Fatoumata M Dicko, ce travail est le notre.

A Moustapha Dicko, merci pour ton hospitalité et ton encouragement à mon égard durant toutes ces années d'étude chez toi.

A Oumar Dicko, merci grand frère pour ton soutien financier, sans lequel cette vie estudiantine au Point G aurait été plus difficile pour moi.

A Mariam Dicko, merci pour les efforts fournis

A mon grand père : Boubacar Dicko, « Boucari Modi » conseiller et confident,
Tu as toujours été là pour moi jusqu'à inévitable « la mort » paix à ton âme.

A mes oncles : Mamoudou Dicko «MamoudouBa» ; Oumar Dicko «Demba».

Merci pour vos soutiens.

A mon maître spirituel à dina, ainsi qu'à ses descendants à dilly merci pour les bénédiction.

Remerciements

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de La Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako. Que ce travail soit l'expression de ma profonde gratitude! Soyez-en fiers. Merci.

Au personnel du service d'urologie du CHU Point G :

Au Dr Cheick Cherif Mohamed Cissé, Dr Berthé Honoré, Dr Samassékou Aissata Je leur remercie pour leur disponibilité et enseignement continus à leurs côtés.

Aux Aînés (D.E.S) du Service :

Dr Daouda Sangaré, Dr Boureima Ballo, Dr Ousmane Koné, Dr Issa N Traoré, Dr Tièfologo Diarra, Dr Adama Z Ouattara, Dr Ibrahim Ouologuem, Dr Ives Dembélé, Dr Ousmane Dembélé, Dr Wapi Léré, Dr Moumine Diarra, Dr Yacouba Sangaré, Dr Léandre Tabué, Dr Idrissa Sissoko, Dr Moussa Dembélé, Dr Oumar Bakayoko, Dr Amadou Berthé, Dr Adama T Diallo, Dr Dieudonné Kambou, Dr Issiaka Kamissoko, Dr Ibrahim Yattara, Dr Bilaly Sissoko, Dr Mamadou Traoré.

J'ai bénéficié de votre encadrement et vous en remercie.

Aux thésards du service :

Delphine, Youssouf, Malla, Basil.

Merci pour votre collaboration sincère et amicale.

A tout le personnel du service d'urologie: Le major Cheick Abou Keita, Mr. Pierre Dembélé. Aux techniciens supérieurs, les techniciens en santé, Les aides-soignants, Les techniciens de surface. Merci pour votre collaboration.

Au Dr Dibo Abdramane, Dr Kamissoko Cheick Oumar, Dr Togo Issa

A tout le personnel de l'ASACOTOQUA

Au Dr Keita Ousmane et à **tout le personnel du CS Réf de Kangaba**

Merci pour vos encadrements.

A mes Amis(es): Aminata Iya Traore, Sidi Diabaté, Boubacar Cissé, Boubacar Dembélé, Kalilou Mallé, Fantamadi Keita, Elméhédi Ag Hamaty.

Grand merci à la famille Koita à Torokorobougou pour leur hospitalité et le soutien moral et financier.

A mon oncle : Ibrahim Koita

A ma tante : Aissata Maiga

A mon frère et cousin : Alou Ibrahim Koita

A mes cousines : Mariam A Diallo; Kadiatou I Koita; Seynabou I Koita;
Aminata I Koita.

A la grand- mère : la grande Seynabou Diop, paix à son âme.

Mes grands remerciements à tous ceux et toutes celles qui m'ont aidé de près ou de loin ; tous au long de mon cursus universitaire.

Qu'ils retrouvent mes sincères reconnaissances.

La Liste des abréviations

ABT : antibiotique

AG : anesthésie générale

ATCD : antécédent

AVP : accident de la voie publique

CRO : compte rendu opératoire

DHBN : dérmohypodermite bactérienne nécrosante

dl : décilitre

E. Coli : Eschérichia Coli

GF : gangrène de Fournier

GLY : glycémie

GPS : gangrène périnéoscrotale

g : gramme

IR : insuffisance rénale

OGE : organes génitaux externes

RA : rachianesthésie

VIH : virus immunodéficience

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1-2
II. OBJECTIFS.....	3
III.GENERALITES.....	4-24
IV.METHODOLOGIE	25-28
V.RESULTATS	29-40
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	41-48
VII.CONCLUSION	49
VIII. RECOMMANDATIONS	50
ANNEXES :	
BIBLIOGRPHIE	51-56
FICHE D'ENQUETE	57-61
FICHE SIGNATIQUE	62

Introduction

La Gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante génitale, périnéale et péri anale. Elle résulte d'une infection polymicrobienne dont la source peut être génito-urinaire, colo-rectale, cutanée ou idiopathique. Son évolution est potentiellement létale. Elle est la cause la plus fréquente de perte de substance de la peau génitale [1], mais aussi de la paroi abdominale antérieure.

La première description a été faite en 1884 par le vénéréologue Français Jean Alfred Fournier qui rapportait cinq cas, et donnait son nom [2].

La Gangrène de Fournier est de nos jours une pathologie rare en Europe, mais encore très fréquente en Afrique, où proviennent les séries cliniques les plus importantes.

Le premier cas de gangrène périnéo-scrotale (GPS) a été décrit en 1764 [3].

Dans ces rapports, Baurienne décrivait l'évolution foudroyante et mortelle dans (20-50 %) des cas d'une plaie périnéale vers la nécrose du scrotum [4].

Selon une étude marocaine réalisée en 2001, la gangrène de Fournier a constitué 0,77% des hospitalisations dans le service d'urologie B, CHU Ibn Sina, Rabat [5].

Une étude faite au CHU de Cocody d'Abidjan entre avril 2000 et décembre 2006, sur la mortalité hospitalière en service d'urologie, la gangrène de Fournier a constitué 4,17% de toutes les consultations [6].

Une étude réalisée au Mali en 2003 dans le service de chirurgie 'A' et les 2 services d'urologie du CHU Point-G et Gabriel Touré, a recensé 6 cas de gangrènes cutanées, pour une fréquence annuelle de 1,13% [7].

Les patients qui survivent à l'infection vont subir des chirurgies de reconstruction avec des séquelles parfois très marquées en rapport avec l'étendue de la fasciite et du débridement.

Vu la gravité de l'infection, plusieurs études ont été réalisées au Mali et ailleurs sur la question mais il n'est décrit aucune prise en charge codifiée. Ce travail avait pour but de proposer une prise en charge bien codifiée.

Nos objectifs étaient :

II.L'objectif General :

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des gangrènes de Fournier dans le service d'urologie du CHU Point G.

Les objectifs spécifiques :

Déterminer la fréquence des gangrènes de Fournier dans le service d'urologie du CHU Point G.

Décrire les formes cliniques et identifier les différentes étiologies rencontrées dans le service

Proposer une prise en charge bien adéquate.

III. Généralité

1.1 Définition : la GF est une fasciite nécrosante, c'est une infection sévère des tissus mous touchant les fascias superficiel et profond. La GF est une forme de fasciite nécrosante génitale, périnéale et périanale qui résulte d'une infection polymicrobienne dont la source peut être génito-urinaire, colorectale, cutanée ou idiopathique qui est potentiellement létale. Par ailleurs, elle est la cause la plus fréquente de perte de substance de peau génitale.

1.2 Intérêt :

C'est une urgence médico-chirurgicale.

Le taux de mortalité de cette affection est encore d'environ 20 %, en dépit des progrès actuels de la réanimation [1].

Une cause locorégionale est retrouvée dans plus de 80 % des cas [1].

Le taux de gangrènes idiopathiques, sans facteur locorégional retrouvé, varie selon les études de 5 à 25% des cas [2] [3].

La Gangrène de Fournier est une infection poly microbienne associant invariablement germes aérobies et anaérobies.

La prise en charge est multidisciplinaire.

1.3 Historique : En 1764, Baurienne décrivit une gangrène idiopathique rapidement progressive des tissus mous des organes génitaux externes mâles. Cependant, c'est Jean-Alfred Fournier, dermatologue parisien, qui donna son nom à la maladie. Il rapporta, en effet, en 1883 .cinq cas survenant chez des hommes jeunes, préalablement sains, qui présentaient une gangrène rapidement progressive du scrotum sans cause apparente. Dans sa présentation, Fournier mentionna les facteurs systémiques et locaux qui prédisposaient à cette maladie, sans citer le diabète. Il incrimina, comme causes possibles, les habitudes pratiquées à l'époque, telle la ligature nocturne du prépuce pour éviter l'énurésie

ou comme moyen de contraception masculine dans les adultères de l'homme. Actuellement, nous savons que cette maladie survient chez des patients d'une tranche d'âge large, y compris un âge avancé, et que son étiologie est identifiée dans 95% des cas [9, 11,13].

1.4 Incidence et distribution de la maladie :

L'incidence vraie de la maladie n'est pas connue. Une revue rétrospective de la littérature entre 1950 et 1990 faisait état de 1726 cas. Une moyenne de 97 cas par an fut rapportée de 1989 à 1998. Elle n'est pas cantonnée à une région du monde, quoique les séries cliniques les plus larges proviennent du continent africain. Dans la plupart des cas rapportés, l'âge des patients variait entre 30 et 60 ans. Une revue de la littérature en 1996 trouva 56 cas pédiatriques, dont 66 % âgés de moins de trois mois. Les hommes sont dix fois plus atteints que les femmes [9, 11, 12,14]. Cette différence s'expliquant par un meilleur drainage de la région périnéale chez la femme à travers les sécrétions vaginales.

Le point de départ est le plus souvent lié à des affections colorectales (16 à 45 %) ou génito-urinaires (20 à 43 %) [9]. L'étiologie est identifiée dans 95 % des cas secondaires à une infection microbienne et 5% idiopathiques. Des facteurs favorisants, comme l'âge, le diabète et l'immunodépression, sont souvent présents chez les patients atteints. La clinique est fulminante (fièvre, prostration, érythème œdémateux du scrotum, palpation de crépitation scrotale typique) et présente une vraie urgence médico-chirurgicale. Elle justifie une prise en charge multidisciplinaire (anesthésistes-réanimateurs, urologues, chirurgiens viscéraux et plasticiens. Un traitement urgent et adéquat est primordial pour assurer la survie du patient.

Une rééquilibration hydro électrolytique, avec une antibiothérapie à large spectre suivie rapidement par un débridement chirurgical, est la base du traitement [11].

Le pronostic reste malgré tout péjoratif avec un taux de mortalité variant de 20 à 80% selon les séries et proportionnel au score de gravité Fournier's Gangrene Severity Index (FGSI) [12].

1.5 Etiologie : Bien que plusieurs cas décrits soient idiopathiques [10,15], l'étiologie est identifiée chez 75 à 100 % des patients. Elle est colorectale dans 13 à 50 % des cas et urogénitale dans 17 à 87 % des cas [11,12]. Les autres causes incluent les infections cutanées et les traumatismes locaux. Les sources colorectales englobent les abcès péri rectaux et péri anaux, les instrumentations rectales [16,17], les perforations coliques secondaires à un cancer, les diverticuloses, les cures d'hémorroïdes et le coït anal chez les homosexuels. Les sources urogénitales incluent les sténoses de l'urètre avec extravasation d'urine et infection péri urétrale, les instrumentations urétrales, y compris les sondes à demeure surtout chez les paraplégiques [9, 11, 12,19]. Des cas de gangrène de Fournier ont été rapportés après circoncision, cure de la hernie et après implantation de prothèse pénienne [12,20]. Les sources cutanées comprennent les infections cutanées aiguës et chroniques du scrotum, les hydradénites suppurées, les balanites et les traumatismes intentionnels (*piercing scrotal*). Récemment, un cas de gangrène de Fournier a été décrit en association avec le syndrome de Leriche et un autre cas survenant après vasectomie. Les causes spécifiques chez les femmes incluent les avortements septiques, les abcès des glandes de Bartholin et les épisiotomies. Plusieurs facteurs peuvent favoriser le développement de la maladie, y compris les conditions qui dépriment l'immunité; le diabète, présent dans 60 % des cas, l'alcoolisme, les âges extrêmes, la mauvaise hygiène, les infections par le virus de l'immunodépression acquise (VIH) [9,11,12], la malnutrition, les néoplasies, la corticothérapie, l'obésité morbide, les

pathologies vasculaires pelviennes, les cirrhoses et les atteintes neurologiques de la moelle avec diminution de la sensibilité périnéoscrotale.

1.6 Rappel anatomique

Au-dessous de la peau de la paroi abdominale antérieure, on trouve le fascia de Camper, qui est une couche de tissu graisseux dans lequel passent les vaisseaux superficiels. Au dessous, se situe le fascia de Scarpa. Au niveau du périnée, les deux fascias se réunissent pour former le fascia périnéal superficiel. Au niveau de la verge et du scrotum, le Scarpa se continue avec le Dartos alors qu'au niveau du périnée, il devient le fascia de Colles. L'espace potentiel entre le Scarpa et l'aponévrose du grand oblique de la paroi abdominale antérieure facilite l'extension de l'infection à la paroi abdominale antérieure, pouvant aller jusqu'à la clavicule là où les fascias de Camper et de Scarpa fusionnent. Le fascia de Colles est attaché latéralement aux rameaux pubiens et en bas à la membrane périnéale qui est le fascia inférieur du diaphragme urogénital. La membrane périnéale et le Colles définissent l'espace périnéal superficiel. Cet espace contient l'urètre membraneux, l'urètre bulbaire et les glandes bulbo-urétrales. En plus, cet espace est adjacent à la paroi anale antérieure et à la fosse ischio-rectale. Les infections de l'urètre masculin, des glandes bulbo-urétrales, des structures périnéales et du rectum drainent dans cet espace et peuvent s'étendre au scrotum ou à la paroi abdominale antérieure jusqu'au niveau des clavicules. Les branches de l'artère épigastrique inférieure et de l'artère circonflexe iliaque irriguent la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure. Les branches de l'artère honteuse externe et interne irriguent la paroi scrotale.

À l'exception de l'artère honteuse interne, tous les autres vaisseaux traversent le fascia de Camper et peuvent ainsi se thromboser durant la progression de la gangrène de Fournier. En cas de thrombose, la viabilité de la peau de la partie

antérieure du scrotum et du périnée est menacée. Souvent, la face postérieure du scrotum reste viable car elle est irriguée par l'artère honteuse interne et peut ainsi être utilisée dans la reconstruction ultérieure. Les organes contenus dans le scrotum et qui sont les testicules, les épидидymes et le cordon sont séparés du Dartos scrotal par deux autres fascias plus profonds : le fascia spermatique externe, en continuité avec l'aponévrose du grand oblique et le fascia spermatique interne, en continuité avec le fascia transversalis. L'urètre antérieur et les corps caverneux sont séparés du fascia de Colles par le fascia profond de Buck.

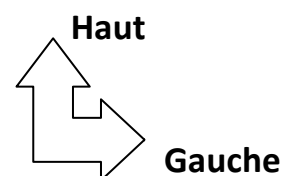
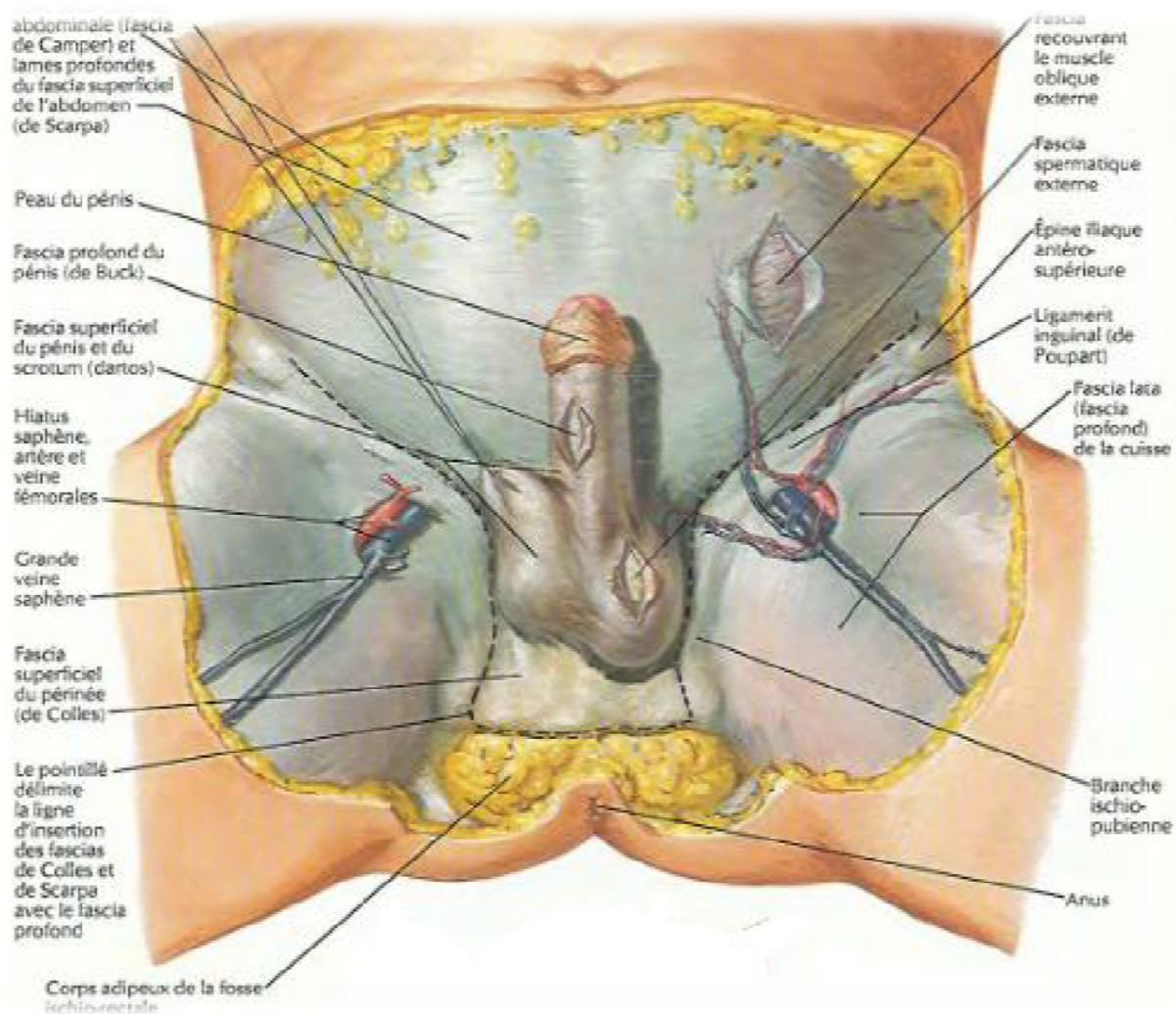


Fig1 Aponévrose périnéale superficielle chez l'homme

1.7 Physiopathologie :

1.7.1 Le déclenchement du processus infectieux

L'évènement initial, quel que soit la source de la gangrène de Fournier, est l'établissement d'une infection locale adjacente à un point d'entrée [9,14]. Cette infection progresse rapidement vers une endartérite oblitérante qui entraîne une nécrose vasculaire cutanée et sous-cutanée.

Il en résulte une nécrose tissulaire secondaire à l'ischémie locale, mais aussi à l'effet synergétique de plusieurs bactéries [9, 11,12]. À son tour, la nécrose tissulaire entretient la prolifération bactérienne. Un microorganisme produit, par exemple, des enzymes qui causent une coagulation des vaisseaux nourriciers. Le bacteroidès produit des héparinases, les bacilles Gram-négatif produisent des lipopolysaccharides et les streptocoques bêta sécrètent une coagulase. La thrombose de ces vaisseaux entraîne une diminution de la tension tissulaire en oxygène. L'hypoxie tissulaire permet la croissance de bactéries facultatives anaérobies et de bactéries microaérophiliques. La collagénase, produite par le bacteroidès, et l'hyaluronidase, produite par le bacteroidès, le staphylocoque et le streptocoque, détruisent le collagène et contribuent ainsi à la destruction cellulaire et accélèrent l'extension de la gangrène [11, 12,14]. Des taux de destruction fasciale de 2 à 3cm par heure ont été décrits, ce qui justifie la rapidité requise dans le débridement. Les cultures de plaies des patients atteints de gangrène de Fournier révèlent l'origine polymicrobienne avec environ quatre germes par cas. Puisque la gangrène de Fournier est une infection qui touche principalement les fascias superficiel et profond, la connaissance de la disposition anatomique des différents fascias du périnée et de la paroi abdominale permet de comprendre la progression et l'extension de cette fasciite.

1.7.2 Progression de l'infection :

En dehors du Dartos, du Colles et du Scarpa, les autres fascias ne sont pas atteints dans les infections de l'espace périnéal superficiel et peuvent limiter la profondeur de la destruction tissulaire dans la gangrène de Fournier. Ainsi, les corps caverneux, l'urètre, les testicules et les cordons spermatiques ne sont pas, en général, touchés, sauf si la source de l'infection provient d'eux. L'infection qui se propage le long des fascias superficiel et profond ne touche pas les muscles. La nécrose cutanée est moins étendue que la nécrose des fascias sous-jacents.

Ce phénomène a des implications sur le débridement initial et la reconstruction ultérieure.

1.7.3 Les abcès Péri-rectaux :

Ils progressent d'abord le long du fascia périnéal de Colles pour atteindre le Dartos du scrotum et le Scarpa de la paroi abdominale antérieure. Le processus infectieux se propage initialement en avant, le long des fascias. Quand la pathologie devient avancée, les attaches postéro latérales n'existent plus et l'infection se propage dans la région fessière et au niveau des cuisses.

1.7.4 Infection Péri-urétrale :

Quand il s'agit d'une infection péri-urétrale, l'extension se fait le long du fascia de Buck pour intéresser toute la verge. Quand la pathologie est avancée, l'extension dépasse le fascia de Buck et se propage le long du Dartos pénien et scrotal, du fascia de Colles périnéal et du fascia de Scarpa de la paroi abdominale antérieure. Le processus infectieux de la gangrène de Fournier épargne habituellement les cordons et les testicules, en raison de la disposition des couches, mais aussi à cause de leur vascularisation qui est indépendante de celle du scrotum. Cependant, un cas de nécrose testiculaire lors d'un processus fulminant a été rapporté.

1.7.5 Bactériologie :

La gangrène de Fournier résulte typiquement d'une infection synergétique par plusieurs bactéries.

La présence de crépitations, avec ou sans odeur fétide, suggère la présence de bactéries anaérobies. Cependant, on assiste dans la majorité des cas à une combinaison de bactéries aérobies et anaérobies [9,11-13, 15,24].

Le dioxyde de carbone et l'eau sont des produits finaux du métabolisme aérobie. Ce gaz est soluble dans l'eau et ne s'accumule donc pas dans les tissus.

L'hydrogène, le nitrogène, le sulfite d'hydrogène et le méthane sont produits par la combinaison du métabolisme aérobie et anaérobie. Ces gaz sont insolubles dans l'eau, s'accumulent dans les tissus sous forme d'air, expliquant les crépitations.

La flore bactérienne dépend du site d'origine. Les organismes les plus fréquemment impliqués sont : l'*Escherichia coli*, le bactéroïdès, le protéus, le staphylocoque et le streptocoque, le *Pseudomonas* et l'entérocoque. Dans des cas décrits récemment, le streptocoque C et les levures peuvent être responsables de la pathologie [9,25]. Les anaérobies Gram-négatif prédominent dans les étiologies rectales et les aérobies Gram-positif dans les étiologies urétrales. Contrairement aux fasciite nécrosantes des autres régions du corps, le clostridium est rarement impliqué dans la gangrène de Fournier ; sa présence doit être suspectée uniquement en cas de myonécrose. Un cas de gangrène de Fournier dû à un staphylocoque aureus résistant à la méthicilline et un autre cas dû à une sparganose ont été récemment décrits.

2. Signes cliniques

2.1 Interrogatoire (patient et/ou entourage)

Recherche étiologique

Mode d'installation : il est brutal ou progressif +++.

Événements: il peut débuter par des prurits, ou suite des manipulations ano-périnéo-scrotaux, par piqûre d'insecte de la zone périnéoscrotale.

Antécédents: il faut rechercher des troubles psychiatrique, urologique (sténose urétrale, manœuvres endo-urétrales), proctologique (fissure anale, abcès péri-anal, hémorroïde externe), endocrinologique (diabète), greffe d'organe

2.2 Signes généraux : il faut noter Une Tachycardie > 80 bts /min. PA < 120 mm Hg / 80 mm Hg. Température > 37°C. Polypnée > 16 cycles / min, Etat général conservé, Etat de conscience altéré, Anxiété.

2.3 Examen physique → Scrotum

Inspection

Le scrotum est tuméfié, rouge, succulent et luisant avec des zones de nécrose, les phlyctènes, les marbrures cutanées extensives, l'odeur fétides, les plaques noirâtres sphacélées.

Palpation

Nous pouvons palper les phlyctènes hémorragiques, les crépitations neigeuses sous-cutanées, la douleur fulgurante ressentie par le patient, le suintement liquidien nauséabond séro-purulent émanant de brèches scrotales.

2.4 Examens complémentaires :

2.4.1 Diagnostic :

L'échographie scrotale: montre précocement l'air et, contrairement à la radiographie standard, fait un bilan précis de l'extension de la nécrose le long des fascias.

La radiographie scrotale: elle aide à faire un diagnostic précoce à un stade où la clinique n'est pas spécifique en mettant en évidence le gaz sous-cutané.

L'IRM et la TDM sont encore plus précises pour le diagnostic précoce de la cellulite et dans la surveillance des lésions.

2.4.2 Étiologique

Les hémocultures, l'ECBU + Antibiogramme, les prélèvements locaux et la culture des collections purulentes, la biopsies cutanées scrotales + l'analyse bactériologique.

Germes aérobies :

Les bactéries aérophiles, Gram négatif les plus rencontrées sont

Les Escherichia coli (70 %), les Protéus (40 %), les Pseudomonas aeruginosa (10 %), les Klebsiella et les Entérobactérie.

Les Cocci Gram positif observés sont : les Streptocoques du groupe D (60 %) et Streptococcus β hémolytique +++ ; mais aussi des streptocoques d'autres groupes ; les staphylocoques (Staphylococcus aureus 40%).

Germes anaérobies rencontrés sont généralement dominés par

les Bactéroïdès (20 %), les Clostridium (10 %) et les Pepto-streptococcus

Le retentissement biologique : la numération formule sanguine peut objectiver une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie, une thrombopénie.

La biochimie du sang : il est important de vérifier ionogramme sanguin, la protidémie, la glycémie, la créatininémie qui peuvent être souvent perturbés.

La Surveillance : l'échographie doppler et l'IRM sont importantes pour la surveillance de la vitalité des testicules et les autres tissus sains.

2.4.3 Les complications : les troubles thermiques, la défaillance poly viscérale, le Choc, le Coma et l'insuffisance rénale(IR) aiguë qui peuvent évoluer vers la mort.

2.4.4 L'extension : elle peut se faire vers le périnée, la verge, la paroi abdominale antérieure, la face interne des cuisses et les Lombes.

L'évolution : elle peut être mortelle si rien n'est fait.

Les facteurs de gravité selon le Terrain : le diabète, l'immunodépression et l'étiologie proctologique.

Les désordres cliniques et para cliniques (fièvre, instabilité cardio-respiratoire, acidocétose, insuffisance rénale, anomalies NFS et ionogramme sanguin) doivent être prise en charge par le volet réanimation.

3. Diagnostic

3.1 Diagnostic positif :

- Clinique:

1^{ère} phase

Elle commence par les malaises, l'irritabilité, les troubles digestifs, les lombalgies et l'inconfort périnéoscrotale.

2^{ème} phase

L'invasion : elle s'amorce par les processus inflammatoires locorégionaux, une gêne périnéale, un érythème du scrotum et/ou de la verge, l'œdème, la douleur scrotale et les signes généraux (fièvre, hypothermie, frissons).

3^{ème} phase

La phase d'état: le diagnostic est presque sûr par la nécrose, la majoration des signes généraux, le syndrome infectieux grave, la douleur fulgurante, l'inflammation exsudative, les phlyctènes hémorragiques, les marbrures cutanées extensives ou sphacélées, les crépitations sous-cutanées, une odeur fétide typique.

3.2 Diagnostic différentiel: il peut être confondu avec une gangrène des bourses simples, qui est d'évolution lente, c'est une gangrène sèche, d'étiologie mono ou abactérienne.

Une Orchi-épididymite se reconnaît la surélévation du testicule soulage la douleur.

Des mycoses surinfectées du scrotum dite gangrène blanche ou "laiteuse".

Une hydrocèle reconnaissable par la tuméfaction molle, il y a un clapotement, et l'épreuve de transillumination est positive. Il n'y a pas de douleur.

Une tumeur du testicule dans ce cas, la tuméfaction est testiculaire avec absence du sillon inter épидидymo-testiculaire.

Une hernie inguino-scrotale étranglée est reconnue par une grosse bourse molle, les gargouillements, la douleur inguinale s'étendant à l'aîne homolatérale.

Le phlégmon diffus périurétrale est un abcès chaud intéressant le tissu sous cutané et le tissu conjonctif.

Le pyoderma gangrenosum scrotal, c'est une lésion cutanée infectieuse pustuleuse, qui laisse place à une ulcération limitée par un bourret rouge.

La filariose scrotale est une parasitose

3.2.1 Diagnostic étiologique :

- ✓ Les causes proctologiques

Les affections colorectales (45 % des cas) : qui sont les abcès de la marge anale, les fissures anales, les hémorroïdes, les cancers du rectum et les perforations rectales.

- ✓ Les causes urologiques

Les affections génito-urinaires (43 % des cas) : qui sont les urétrites, les prostatites, l'Orchi-épididymite, la sténose urétrale.

- ✓ Les causes traumatiques

Les plaies, les morsures, les lésions de grattage (affection dermatologique+++), les piqûres d'insecte, les dilatations itératives des sténoses de l'urètre, les fausses routes uréthrales...

Les causes chirurgicales (iatrogène)

La chirurgie endoscopique, le sondage urétral, les biopsies transrectales, la circoncision ou la posthectomie....

4. Traitement:

1. Prise en charge :

La gangrène de Fournier est une urgence médico-chirurgicale dévastatrice.

Le traitement est divisé en deux phases :

la première consiste en un débridement extensif associé à une antibiothérapie parentérale et rééquilibration hydro électrolytique ;

la seconde en une reconstruction plus ou moins complexe, une fois le processus infectieux jugulé.

4.1 Traitement médical :

Après rééquilibration hydro-électrolytique tissulaire normale, l'antibiothérapie est immédiatement instituée et doit inclure une pénicilline pour couvrir les aérobies Gram-positif et le *Clostridium*, un aminoglycoside pour les bactéries Gram-négatif et le métronidazole pour les anaérobies. En cas d'insuffisance rénale, les céphalosporines de troisième génération sont utilisées.

Si les cultures initiales montrent des champignons, une adjonction d'amphotéricine B ou de capsufungin est indispensable.

4.2 Traitement chirurgical : il doit se faire le plus tôt possible après stabilisation de l'état hémodynamique du patient, car l'infection progresse très rapidement, voire d'heure en heure. Les explorations paracliniques, surtout radiologiques, ne doivent pas retarder la prise en charge chirurgicale.

La nécrose cutanée ne constitue qu'un des aspects. L'excision doit intéresser tout le tissu dévitalisé, incluant la peau, le tissu sous-cutané et le fascia, jusqu'à retrouver un fascia d'aspect normal (Fig. 2). Les tissus excisés sont envoyés à la culture microbienne. Si le chirurgien, par ses doigts, peut séparer facilement les fascias du tissu qui leur est adjacent, ces fascias sont probablement atteints et doivent être débridés. En raison des thromboses des vaisseaux nourriciers de la peau, celle-ci doit être excisée si le décollement au-dessous est important.



Fig. 2 : Gangrène après débridement, (CHU Point G, service d'urologie).



Fig.3 : cicatrisation satisfaisante après plusieurs séances de débridement, (CHU Point G, service d'urologie).

Une colostomie est indiquée devant une atteinte rectale et sphinctérienne étendue et en cas d'incontinence fécale qui peut souiller la plaie débridée. Un drainage urinaire sus-pubien est recommandé dans les gangrènes extensives car il améliore les soins des plaies et diminue les complications du sondage urétral prolongé(Fig.5).

Pour éviter leur dessiccation, les testicules peuvent être placés dans des poches sous-cutanées de la cuisse ou recouverts par des pansements mouillés pendant plusieurs semaines. Quand les testicules ne sont pas enfouis, on pourra assister à une rétraction secondaire du cordon.

Les zones débridées et dénudées sont recouvertes par des compresses mouillées et essorées. Les plaies doivent être inspectées tous les jours par l'équipe chirurgicale. Un *second look*, 24 à 48heures après, est nécessaire pour éliminer une progression de la maladie.



Fig.4 Image d'une gangrène, avant débridement à la réception du patient avec sonde urétrale, (CHU Point G, service d'urologie).



Fig.5 Image de la même gangrène, après débridement et mise en place d'une sonde sus-pubienne, (CHU Point G, service d'urologie).

Après le débridement initial, l'état général doit s'améliorer, de même que les signes biologiques. Dans le cas échéant, il faudra rechercher une collection profonde intra- ou extra péritonéale. Souvent, plusieurs temps opératoires sont nécessaires, afin d'obtenir un contrôle complet de l'infection et un bourgeonnement satisfaisant(Fig.5).



Fig.6 La même image après plusieurs séances de débridement et de pansement itératifs, (CHU Point G, service d'urologie).

Une orchidectomie n'est presque jamais nécessaire sauf en cas de suspicion de cancer ou nécrose testiculaire associées aux gangrènes de Fournier.

4.3 Soins spéciaux :

Une alimentation entérale ou parentérale est parfois utilisée pour accélérer la cicatrisation.

Le tissu périnéal chez ces patients est très peu perfusé, souvent en raison d'un diabète de longue durée, d'une microangiosclérose ou de l'infection elle-même. L'oxygénothérapie hyperbare augmente la concentration locale en oxygène, améliorant ainsi la fonction leucocytaire, facilitant la cicatrisation et empêchant la multiplication des bactéries anaérobies. Cependant, son efficacité reste controversée dans la gangrène de Fournier et le matériel nécessaire n'est pas toujours disponible.

En dehors des soins locaux classiques, le miel non traité a été utilisé pour diminuer les anesthésies pendant le débridement chirurgical [9,14].

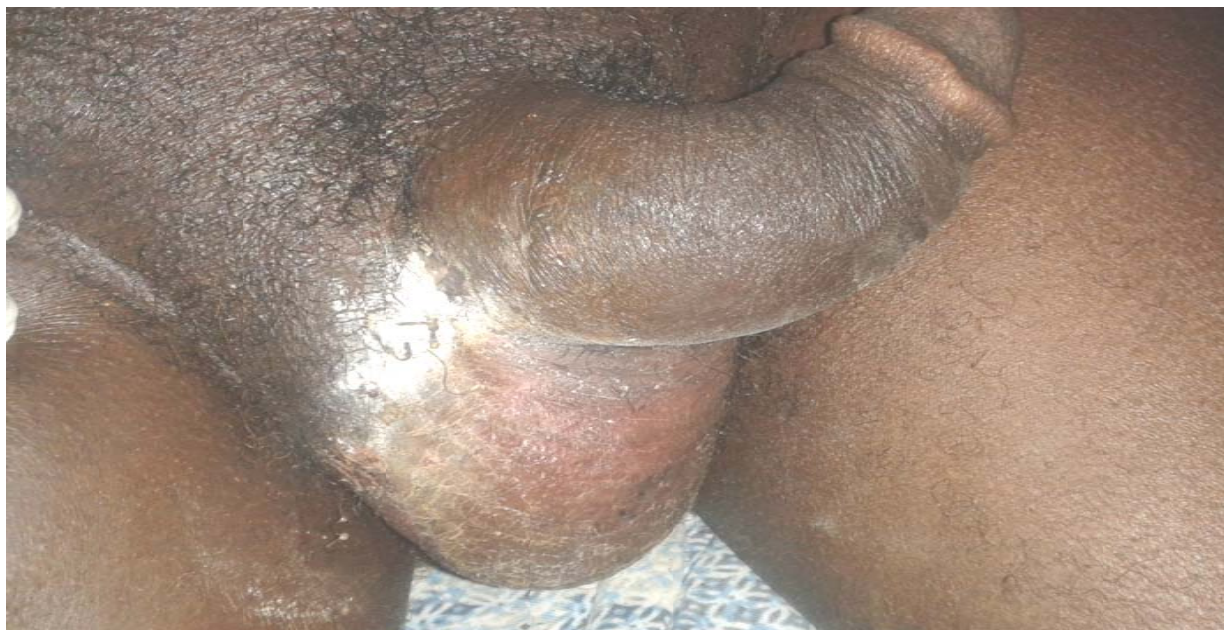


Fig.7 La même image après rapprochement des berges scrotales, cicatrisation satisfaisante, (CHU Point G, service d'urologie).

4.4 Complications :

La complication principale de la gangrène de Fournier est l'état septique persistant, en raison : de la méconnaissance de la cause initiale de l'infection (ulcère perforé, appendicite, diverticulose), de la sous-estimation de l'étendue de la nécrose qui est bien loin de la plaie initiale ou à cause de la survenue d'une endocardite bactérienne, d'une pneumonie secondaire et d'atélectasies. Le scanner peut aider à surmonter certains de ces problèmes, en aidant à délimiter la zone à débrider ou en démasquant la cause de la gangrène.

Après la reconstruction, 50 % de ceux avec atteinte pénienne ont des douleurs au réveil. Cette douleur est souvent liée à la mobilité limitée du pénis et du scrotum à cause des cicatrices. Une consultation psychiatrique est bénéfique pour traiter le stress émotionnel lié à la déformation de l'image corporelle. Parfois, dans les atteintes étendues, le drainage lymphatique est diminué, causant des œdèmes et des cellulites.

4.5 Pronostics : toutes les séries publiées sont rétrospectives, ce qui rend difficile de définir les facteurs de mauvais pronostic. Le facteur majeur est la rapidité du diagnostic [12, 15,34] et donc du débridement tissulaire. Les mortalités les plus élevées sont rencontrées chez les diabétiques, les alcooliques et dans les infections à point de départ colorectale qui ont souvent une présentation atypique et une importante étendue de la gangrène [11,12]. Plusieurs auteurs ont suggéré que la mortalité est plus élevée avec l'âge mais dans une étude rétrospective large, la mortalité était plus élevée entre 21 et 30 ans [11,12]. La survie est associée significativement à l'insuffisance rénale chronique, la durée des symptômes avant l'hospitalisation, l'étendue de la gangrène, la créatinine sérique à l'admission [35,36]

Un score de sévérité est calculé, en tenant compte de l'état physique et métabolique du patient et il est considéré, par certains, comme facteur prédictif de mortalité. À l'inverse, d'autres considèrent que ce score n'est pas significativement corrélé à la mortalité.

Malgré le traitement agressif moderne, la mortalité reste élevée, de 16 à 40 %. En revoyant les 600 cas de gangrène de Fournier découverts durant une recherche de Med line avant 1996, 100 morts ont été recensés (16,5 %), alors que la plupart des études rapportent une mortalité de 20 à 30 % [9,14].

IV. Méthodologie

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service d'urologie du CHU Point G.

Organisation et présentation du service d'urologie du CHU Point G :

Il est le service de référence de la prise en charge des pathologies urologiques chez l'homme et chez la femme mais aussi des fistules vésico-vaginales au Mali.

Le personnel comprend :

Un professeur qui est le chef de service,

Deux maitres assistants,

Une praticienne hospitalière

Les médecins en cours de spécialisation en chirurgie urologique,

Les étudiants faisant fonction d'internes,

Les infirmiers dont un major qui est le responsable des infirmiers,

Des étudiants stagiaires,

Des garçons de salle,

Les élèves infirmiers stagiaires et aides soignants stagiaires.

Les activités menées dans le service sont :

Les consultations externes,

Les hospitalisations,

Les interventions chirurgicales.

Le service est construit en étage :

Au rez-de-chaussée

Les salles d'hospitalisation avec 40 lits repartis dans 19 salles comprenant :

7 salles d'hospitalisation commune dite catégorie 3 avec 3 lits et 2 ventilateurs,

3 salles d'hospitalisation commune dite catégorie 3 avec 2 lits et un ventilateur,

4 salles d'hospitalisation commune dite catégorie 2 avec 2 lits un climatiseur et ventilateur, les salles de 2eme et 3eme catégories sont faites des toilettes externes.

5 salles d'hospitalisation individuelle dite de catégorie 1 avec un lit, une toilette interne, un climatiseur, un ventilateur, un téléviseur.

Le bureau du major,

Deux bureaux pour la consultation externe,

Une salle des infirmières,

Une salle des internes,

Une salle pour l'aide de bloc,

Une salle pour les garçons de salle (GS),

Deux salles de soins,

Des toilettes,

Deux magasins,

A l'étage

Le bureau du chef du service,

2 bureaux pour les assistants,

1 bureau pour les praticiens hospitaliers

1 bureau pour les internes des hôpitaux,

1 bureau pour les médecins en spécialisation(CES),

1 salle de staff,

1 bureau pour la secrétaire,

Des magasins et des toilettes,

2. Nature et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective, qui s'est déroulée sur une période de 8 ans s'étalant de 2008 à 2015 à partir des dossiers médicaux des patients atteints de la fasciite nécrosante. Colligé aux services d'urologie du CHU Point G.

Critères d'inclusion :

Patients reçus en consultation ou hospitalisés pour gangrène de Fournier sur la base de la clinique.

Critères de non inclusion :

Les patients dont le dossier est inexploitable, introuvable ou qui n'adhère pas à l'étude.

2. Population d'étude :

Echantillon : Notre travail est une série de 36 cas

Il a concerné : tous les patients ayant consulté au service d'urologie du CHU Point G pour tuméfaction ulcéro-nécrotique des organes génitaux externes et du périnée.

4. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir :

Des fiches d'enquête sous forme de questionnaire ;

Les dossiers médicaux des patients hospitalisés ;

Le registre du bloc opératoire.

La saisie des données a été réalisée sur ordinateur portable et l'analyse à l'aide du logiciel épi Info version 3.5.1.

Traitement de texte :

Le traitement de texte a été effectué sous le logiciel Microsoft Word Office version 2007.

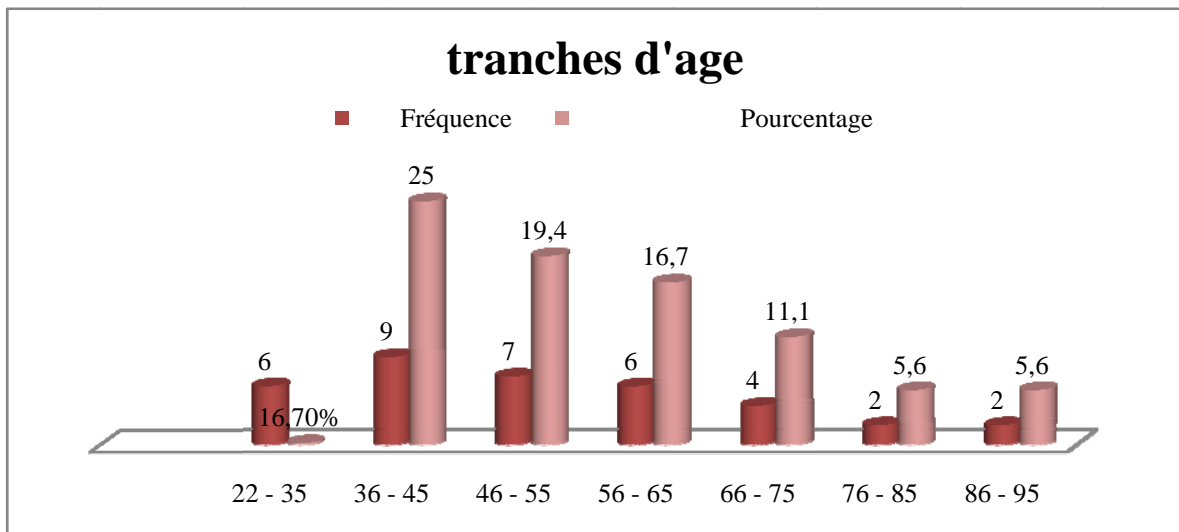
Cette étude avait pour but de mettre en évidence particulièrement les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutique de la fasciite nécrosante rapidement progressive ainsi que les facteurs de mauvais pronostic mais aussi essayer de mettre en évidence une prise en charge adéquate.

Les variables sont : l'âge, le sexe, la profession, le statut matrimonial, la durée de séjour, les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, les examens para cliniques, le diagnostic étiologique, le traitement étiologique.

V. Résultats

Données sociodémographiques

- Age



La tranche d'âge la plus représentée était celle de 36-45 ans.

Figure I : la répartition des patients selon la tranche d'âges.

Profession :

Tableau II : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Commerçant	9	25,0
Cultivateur	17	47,2
Éleveur	1	2,8
Étudiant	1	2,8
Ferrailleur	1	2,8
Fonctionnaire	2	5,6
Mécanicien	1	2,8
Ouvrier	3	8,3

Tailleur	1	2,8
Total	36	100,0

La couche professionnelle la plus touchée était les cultivateurs

Mode de référence :

Tableau III : Répartition des patients selon les types de référence.

mode de reference	Fréquence	Pourcentage (%)
Référé	29	80,6
venu de lui-même	7	19,4
Total	36	100,0

Les patients référés étaient majoritaires.

Délai de consultation :

Tableau IV : Répartition selon le délai de consultation par jour.

Délai de diagnostic	Fréquence	Pourcentage
1 – 7	13	36,6
8 – 15	11	30,8
Plus de 15	12	33,6
Total	36	100

La survenue dans les 7 premiers jours a été la proportion plus observée

Antécédents :

Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Accident vasculaire cérébral	1	2,8
Bilharziose dans l'enfance	11	30,6

Hypertension artérielle	1	2,8
Infection urinaire chronique	1	2,8
Urétrite	1	2,8
Troubles mentaux	1	2,8
Sans antécédent	20	55,6
Total	36	100,0

La majorité de nos patients n'avaient pas antécédents connus.

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antecedents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Adénomectomie	3	8,3
Amputation du doigt	1	2,8
Cure de hernie	4	11,1
Cure d'hydrocèle	1	2,8
Sans antécédent	27	75,0
Total	36	100,0

Les antécédents chirurgicaux étaient dominés par les cures hernies et d'adénomectomie.

Etude clinique

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes généraux.

Signes généraux	Fréquence	Pourcentage (%)
Fièvre	19	52,8

Altération d'état général	13	36,1
Pâleur	10	7,8
Amaigrissement	12	33,3
Asthénie	15	41,5
Œdème des OGE	20	55,4

Plus de la moitié de nos patients ne présentait pas de fièvre à l'entrée.

Co-morbidité

Tableau VIII : Répartition des patients selon les facteurs de comorbidité.

Facteur de co-morbidité	Fréquence	Pourcentage (%)
Cardiopathie	1	2,8
Diabète	2	5,6
Fistule anale	1	2,8
Paralysie des membres inférieurs	2	5,6
Rétrécissement urétral	1	2,8
Sondage traumatique	1	2,8
Absence de facteur	27	75,0
Total	36	100,0

Le facteur de Co-morbidité le plus fréquent a été le diabète.

Les lésions

Tableau IX : Répartition des patients selon les lésions.

Les lésions	Fréquence	Pourcentage
Abcès fistulisé des organes génitaux	17	47,4
Abcès suppuré du périnée	1	2,8
Inflammation scrotal	5	13,9
Suppuration ulcéro-nécrotiques des organes génitaux externes	1	2,8
Suppuration nécrotique de la paroi abdominale étendue à la verge	1	2,8
Suppuration nécrotique étendue de la paroi abdominale	1	2,8
Suppuration ulcéro-nécrotique des organes génitaux	10	27,8
Total	36	100,0

Un peu moins de la moitié de nos patients présentait un abcès fistulisé des organes génitaux.

Tableau X : Répartition des patients selon la présence de sonde urinaire.

Sonde urinaire	Fréquence	Pourcentage (%)
Sonde sus pubienne	5	13,9
Sonde trans-urétrale	9	25

La majorité de nos patients portaient une sonde urinaire par voie naturelle.

Etiologie :

Tableau XI : Répartition des patients selon les origines pathologiques.

Origine	Fréquence	Pourcentage (%)
Pathologie anorectales	2	5,5
Cutanée	6	16
Pathologie urogénitale	20	55
Idiopathique	8	22,2
Traumatique	1	2,8
Total	36	100,0

L'origine urogénitale a été plus retrouvée avec 94,4%.

Examen biologique :

La glycémie

Tableau XII : Répartition des patients selon la glycémie(Gly).

Glycémie	Fréquence	Pourcentage (%)
----------	-----------	-----------------

Élevée	1	2,9
Normale	34	97,1
Total	35	100,0

La glycémie était élevée chez un seul patient.

L'anémie

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'anémie.

Transfusion sanguine	Fréquence	Pourcentage(%)
Patients transfusés	9	25,0
Pas transfusion sanguine	27	75,0
Total	36	100,0

Les patients ayant présenté une anémie avec taux hémoglobine inférieur à 7 g/dl, ont tous bénéficié d'une transfusion soit 25 % dans notre série.

Prélèvement de pus :

Tableau XIV : Répartition selon les germes retrouvés chez les patients.

Germes	Fréquence	Pourcentage (%)
Escherichia coli	6	31,6
klèbsiella pneumonia	1	5,3
Staphylocoque	1	5,3
staphylocoque a coagulase négatif	1	5,3
Streptocoques	1	5,3
Absence	9	47,4

La culture a été positive dans 52,6% des cas.

Traitement :

Traitement médical

Tableau XV : Répartition selon la sensibilité des germes aux antibiotiques.

Antibiotiques	Fréquence	Pourcentage (%)
----------------------	------------------	------------------------

Aminosides	2	20
Beta lactamines	4	40
Quinolones en association	2	20
Macrolides	1	10
Fosfomycine en association	1	10
Phenicolés	1	10
Imidazoles	3	30
Cyclines en association	1	10

La famille d'antibiotique la plus utilisée a été les betas lactamines.

Tableau XVI : Répartition selon l'antibiothérapie.

Nombre antibiotique	Fréquence	Pourcentage (%)
Tri antibiothérapie	20	55,6
Monothérapie	2	5,6
Bi antibiothérapie	14	38,9
Total	36	100,0

La tri antibiothérapie a été la forme la plus utilisée.

Tableau XVII : Répartition selon la durée d'antibiothérapie.

Durée de l'antibiothérapie	Fréquence	Pourcentage
3 – 7 jours	6	16,8%
8 – 14 jours	4	11,2%

15 – 21 jours	9	25,2%
22 – 28 jours	6	16,8%
29 – 36 jours	7	19,6%
37 – 44 jours	4	11,2%
Total	36	100%

L'antibiothérapie le plus prolongée a conserné 25,2%.

Tableau XVIII: Répartition selon le traitement antalgique.

Type antalgique	Fréquence	Pourcentage (%)
palier2	33	91,7
palier3	3	8,3
Total	36	100,0

Les antalgiques de palier 2 ont été les plus utilisés.

Traitement chirurgical :

Tableau XIX : Répartition selon les types de traitement reçu par les patients.

Types de Traitement	Fréquence	Pourcentage (%)
Debridement	25	69,4
Nécrosectomie	29	80,6
Rapprochement	23	63,9
Plastie	3	8,3

La nécrosectomie a été réalisée chez 80,6% des patients.

Evolution :

Tableau XX : Répartition selon l'évolution de la maladie.

Evolution	Fréquence	Pourcentage (%)
-----------	-----------	-----------------

Simple	30	83,3
Décédé	4	11,1
Décharge	2	5,6

L'évolution a été simple chez 83,3%.

Durée de séjour :

Tableau XXI : Répartition des patients selon leur durée de séjour.

Durée de séjour	Fréquence	Pourcentage (%)
5 – 15 jours	9	25,2
16 – 30 jours	9	25,2
31 – 45 jours	9	25,2
46 – 60 jours	5	14
61 – 75 jours	2	5,6
76 – 90 jours	0	00
91 - 105 jours	2	5,6
Total	36	100,8

Les patients ont eu une moyenne de 33,5 jours d'hospitalisation avec des extrêmes variant entre 5 et 105 jours.

VI. Commentaires et Discussion :

Méthodologie

Notre étude a été confrontée à plusieurs facteurs. Elle était rétrospective, la majorité des patients étaient pauvres ce qui rendait difficile la réalisation des examens bactériologiques et l'allongement du temps de la prise en charge.

L'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 52 ans avec des extrêmes 22 à 95 ans.

Les tranches d'âge 36-45 prédominaient avec 25%.

Nos résultats étaient proches de ceux de **A. Diallo [8]** ; **Mint M.M. Nadia [3]** qui avaient trouvé respectivement une moyenne d'âge de 50 ans et 48 ans avec des

extrêmes 17-75 ans et 18-85 ans. La survenue de la GF chez l'adulte jeune est décrite dans toutes les séries retrouvées dans littérature [1].

Le sexe : tous nos patients étaient de sexe masculin, mais la GF peut se voir chez la femme, **S. Jarboui et coll. [48]** ont rapporté des cas chez la femme (10 cas).

La profession :

Les populations rurales semblent être les plus exposées à cette pathologie. Dans notre étude, les cultivateurs étaient les plus touchés avec 47,2%. Dans l'étude de **Rimtebaye. K et coll. [2]** les éleveurs étaient les plus concernés.

Délai de consultation :

La majorité de nos patients ont consulté dans les délais 7 premiers jours suivant le début de la maladie.

Pour **P. Sarkis et coll. [1]** le temps moyen au diagnostic reste allongé, de six jours en moyenne.

La grande majorité de nos patients (80,6%) ont été référés pour une meilleure prise en charge avec le diagnostic de la GF déjà évoqué.

La tuméfaction douloureuse du scrotum et la plaie ulcéro nécrotique suppurée des OGE représentaient respectivement 39% et 25% des motifs de consultation.

Pour **A. Diallo [8]**, la tuméfaction douloureuse scrotale était le motif le plus fréquent des consultations, ce même résultat a été obtenu par **G. Verna et coll. [37]**.

Le retard de consultation constaté dans notre étude comme d'autres [2] était expliqué souvent par le tabou qui entoure les pathologies génitales dans notre société.

Souvent c'est l'odeur nauséabonde de la pathologie qui oblige les patients à consulte [2]

Les comorbidités :

Dans notre étude 25% de nos patients présentaient au moins une comorbidité. Deux patients étaient diabétiques, un insuffisant cardiaque, un patient avec HIV positive et deux paraplégiques des membres inférieurs. Ce résultat est supérieur à ceux de **A. Diallo [8]** avec 11,1%.

Selon **O. Bouilland et coll. [50]** la GF survient notamment chez des personnes diabétiques, immunodéprimées, obèses ou artériopathes, dans un contexte postopératoire ou post-traumatique (plaies souillées).

Les lésions :

Tous nos patients ont été reçus avec les lésions déjà constituées. La gangrène des OGE était la lésion la plus fréquente (47,4%) suivi de la plaie suppurée ulcéro-nécrotique des OGE (11 cas).

Selon **J. Hubert [34]** La maladie évolue souvent en 2 phases

- Une phase d'invasion caractérisée par l'apparition d'un œdème et d'un érythème au niveau des organes génitaux externes, une thrombophlébite suppurée des vaisseaux sous cutanés qui empêche la diffusion des antibiotiques et entraîne une septicémie.
- Une phase de nécrose avec l'apparition ; de plaques noirâtres de nécrose, d'un syndrome infectieux graves, de la dégradation de l'état général aboutissant souvent à la mort par choc septique.

Etendu : les formes étendues à la paroi abdominale antérieure au niveau du périnée représentaient respectivement 2,8% et 5,6% dans notre étude,

Selon **S. Jarboui [48]** l'étiologie de la gangrène du périnée serait une pathologie anorectale.

Les lésions très étendues sont potentiellement mortelles car, hormis le syndrome infectieux et de l'hyperthermie souvent associées, il faut ajouter la dyspnée occasionnée par l'atteinte thoracique **[2]**.

Etiologie : La Gangrène de Fournier est décrite originellement comme idiopathique.

Mais actuellement dans la majorité des observations retrouvent une porte d'entrée anorectale ou urogénitale ou Cutanée. [39,40].

Pour D. Picranos [41], les étiologies anorectales étaient plus fréquentes (30%) avec une prédilection de l'abcès péri rectal.

A. Méjean, et coll. [42] ont eu un résultat de 76,4% dont la cause était rattachée à une sténose urétrale.

Les étiologies traumatiques bien que rares dans la littérature, représentaient 2,8% dans notre étude.

L'étiologie n'avait pas été retrouvée dans 22,2% chez nos patients et était Considérée comme Gangrène de Fournier primitive.

Il est cependant difficile de confirmer avec exactitude l'absence d'étiologie.

Actuellement, il est de plus en plus admis que la Gangrène de Fournier est une cellulite nécrosante dont l'étiologie qu'existe n'est pas retrouvée, car soit elle est locale et noyée dans un cortège de signes locaux, soit elle est inavouée par le malade (traumatisme sexuel), soit elle passe inaperçue par défaut d'investigation [40,43].

Culture des germes : la culture était réalisée uniquement sur milieu aérobie par prélèvement du pus et des sécrétions.

L'*Echerichia coli* était le germe le plus retrouvé avec 31%, ce résultat reflète ceux de **Mint M.M Nadia [3]** dont le germe le plus retrouvé était *Echerichia coli*.

Au Mali **Z. Sanogo [37]** avait trouvé *E. Coli* chez 33,3% ses malades.

La Gangrène de Fournier est une infection poly microbienne, la répétition de la culture à pour but d'adapter le traitement en fonction de antibiogramme.

Dans notre étude nous nous sommes contentés d'une seule culture du fait de L'évolution favorable de la maladie sous l'effet du traitement antibiotique

Institué.

La culture était stérile chez 47,4% de nos patients.

Traitement :

La GF est une urgence médico-chirurgicale [50].

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical avec une perfusion de solutés, une transfusion en cas d'anémie et une triple antibiothérapie. Cette antibiothérapie était à base de betalactamine, d'imidazoles, et d'aminosides. Cette antibiothérapie doit couvrir les aérobies Gram-positif et le *Clostridium*, (beta lactamines) les bactéries Gram négatif (aminoglycoside) les anaérobies (imidazoles) [1].

Notre traitement chirurgical a consisté à un large débridement agressif ce traitement est aussi préconisé par tous les auteurs dès la première intervention, et ce même aux dépens d'un sacrifice tissulaire important [48].

Le débridement doit respecter en profondeur les testicules et leurs annexes ainsi que les formations érectiles [5].

Tous nos patients subissaient un bain de siège biquotidien utilisant du permanganate de potassium et un pansement biquotidien à l'eau oxygénée et à dakin Cooper stabilisé.

Cette attitude résolument agressivité des germes, permet d'éviter des reprises chez des patients à l'état général altéré. C'est à ce prix que l'on parvient à stopper l'évolution des lésions [5].

La nécrosectomie avait été effectuée chez 80,6% de nos malades, 63,9% ont bénéficié des rapprochements des berges scrotales. Pour d'autres patients nous avons obtenu la cicatrisation par méthode conservatrice avec des pansements itératifs.

Autres gestes :

La colostomie est pratiquée systématiquement pour certains auteurs [40,43]
D'autres proposent seulement quand une cause colorectale est suspectée [44].
Nous n'avons pas eu à faire une colostomie.

Le drainage urinaire était réalisé chez 38,9%, utile pour les soins locaux, pour
quantifier la diurèse et pour l'assèchement des lésions.

Certains auteurs l'utilisent uniquement devant une étiologie urétrale [39].

La Cystostomie a été pratiquée chez 13,9% de nos patients, systématique pour
certains [47]. **A. Diallo [8]** a trouvé 13% dans ses études.

Nombre d'intervention:

Le nombre le plus élevé était de trois interventions.

Taux de mortalité:

Il est variable selon les études et était de 11, 1% dans notre série. Ce taux semble
Être lié à la présence des facteurs de mauvais pronostic inconstant d'une étude à
L'autre et contradictoire selon les auteurs [1,48].

Selon Jarbouï les facteurs influençant la mortalité étaient l'étendue de la cellulite,
la présence de myonécrose, la survenue d'un état de choc [48].

Pour l'augmentation du taux de mortalité, nous avons incriminés comme d'autres
auteurs [1, 48, 49] : l'âge avancé, la présence de comorbidités, l'étendu des
lésions, le retard de consultation ayant entraîné un choc septique.

Durée d'hospitalisation :

Dans notre série la durée d'hospitalisation maximale était de 25,2% avec une
moyenne 33,5 jour ce qui est inférieur à ceux trouvés par **A. Diallo [8]**.

Ce résultat est comparable à la moyenne observée par **ST Edino [42]**.

Ces différences pouvaient s'expliquer par le nombre de patients inclus dans
Chaque série, et à l'étendue des lésions.

La GF a présenté 0,87% de toutes les hospitalisations de janvier 2010 à décembre 2015.

Dans le service d'urologie du CHU Point G.

**LA PRISE EN CHARGE DES GANGRENES DE FOURNIER DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU
POINT G. A PROPOS DE 36 CAS**

VII. CONCLUSION:

La gangrène de Fournier est une maladie infectieuse grave dont le diagnostic est souvent tardif. Elle atteint surtout les patients fragiles dans un contexte de diminution des défenses immunitaires.

La Gangrène primitive décrite par Fournier est exceptionnelle. Une cause est Retrouvée actuellement plus d'une fois sur deux.

La GF est une pathologie fréquente chez les hommes, le diagnostic est clinique. Les examens complémentaires peuvent être effectués dans le but de chercher une étiologie.

La rapidité de son évolution implique une prise en charge rapide, adéquate et adopté à chaque forme clinique.

Notre étude était faite sur 36 malades atteints de la Gangrène périnéoscrotale d'origine urogénitale et ou proctologique, vu le retard de consultation, le tableau clinique était souvent évident, devant la nécrose périnéale, scrotale ou périnéoscrotale franche, nous n'avons pas eu beaucoup recours aux examens complémentaires.

Le traitement chirurgicale consistait à des nécrosectomies parfois itératives des tissus dévitalisés puis dans certain cas un rapprochement des berges par suture a été réalisé, les facteurs suivant: l'âge avancé, l'extension abdominale de la nécrose, l'insuffisance rénale, le choc hypo volumique était associés à une mortalité élevée, dont 11,1% dans notre étude.

Récommandations

Nous formulons les recommandations suivantes

✓ Aux patients

Une consultation rapide dans une structure sanitaire devant toutes infections des parties honteuses que se soit d'origine traumatique ou non.

✓ Aux agents de santé

L'orientation des malades dans un service d'urologie ou de chirurgie, dans un bref délai devant toutes pathologies inflammatoires des OGE et ou péri-anales, ne régressant pas sous traitement antibiotique, mais également de mener des campagnes de sensibilisation au sein de la population sur la levée de tabou sur les pathologies génito-périnéo-anales et intérêt de la prise en charge précoce.

✓ Aux autorités politiques

L'apport d'un appui financier, technique et médicamenteux dans la prise en charge de cette pathologie dont le traitement reste onéreux pour nos malades.

✓ A la population

De bien vouloir consulter un agent de sante devant toute atteinte des OGE et ou la région périnéale ou péri anale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- P. Sarkis ; F. Farran ; R. Khoury ; G. Kamel ; E. Nemr ; J. Biajini ; S. Merheje.**
Gangrène de fournier : revu de la littérature, *Prog. Urol* 2009; 19, 75-84
- 2- Rimtebaye.K, Niang .L, N'Doye. M, Traoré. I, Vandadi. M, Gueye. S M, Noar. T**
Gangrene de Fournier : aspects Épidémiologique, Clinique, Diagnostique et
thérapeutique au service d'urologie de N'Djamena, *Uro'Andro-2014 ; 2 :*
92-98
- 3- Mint N.MM :** Gangrène de fournier d'origine proctologique, au CHU HASSAN
II de Fès, Thèse de médecine de la Faculté et de Pharmacie de Fès/Maroc
N°099/11
- 4- A.Lipsker ; F.Le Roux ; F.Saint ; G.Pignot.** Gangrene de Fournier :
prise en charge chirurgicale. *Prog Urol* 2014 ; 24 :80-85
- 5- K. Tazi, T. Karmouni, J. El Fassi, K. El Khader, A. Koutani, M. Hachimi, A.
Lakrissa.** Gangrène périnéoscrotale : à propos de 51 cas. Aspects diagnostiques
et thérapeutiques. *Ann. Urol.* 2001 ; 35 : 229-33
- 6- A. Dékou, G.A. Ouegnin, P.G. Konan, B. Kouamé, A. Fofana, N. Kramo, A.
Konin, K. Manzan Et M.A. Djédjé.** Contribution à l'étude de la mortalité dans un
service d'urologie : Le cas du service d'urologie du CHU de Cocody d'Abidjan de
2000 à 2006. *AJU.* 2009; 15,(1), : 44-52
- 7- Sanogo ZZ, Ouattara Z, Yena S, Doumbia D, Coulibaly Y, Tembely A, Sangaré
D, Soumaré S.** Les gangrènes cutanées. *Mali Médical,* 2003 ; 35
- 8- A. Diallo** gangrène de fournier : étude clinique et thérapeutique dans le
Service de chirurgie « a » du CHU POINT-G, thèse de médecine, FMPOS 2007
- 9- Schaeffer E.M., Schaeffer A.J.** Les infections de l'appareil urinaire. Dans : Wein
A., Editeur. Campbell-Walsh. *Urology Saunders Elsevier,* 2007 ;301-303.
- 10- J.A. Fournier** Gangrène foudroyante de la veille. *Med Prat* 1883 ; 4 : 589-597.

- 11- EKe N.** La gangrène de fournier : une revue de la littérature à propos de 1726 cas. *Br. J. Surg* 2000; 87:718-728.
- 12- Norton KS, Johnson LW, T.Perry KH, Sehon JK, M. Zebari Go.** Gestion de la gangrène de Fournier: une analyse rétrospective de la de la reconnaissance précoce, le diagnostic, et le traitement de onze ans. *Am. J. Surg.* 2002 ; 68 :709-723.
- 13-R.Vick,** la maladie de Carson C. fournier. *Urol Clin North Am* 1999; 841-849.
- 14-J. fajdic, Bukovic D., Hrgovic Z., M. Habek,Gugic D.,Jonas D., et al.** Gestion de la gangrène de Fournier – rapport de sept cas et revue de la littérature. *Eur J Med Res* 2007 ; 12 :169-172.
- 15-L.Clay, le juge White, J.Davidson, Chandler J, J.** La connaissance précoce et la gestion réussie de la cellulite pelvienne suivante baguage hémorroïdal. *Dis colon Rectum* 1986; 29:579-581.
- 16- Bruce L. Cunningham, Santhat Nivatvongs, Alan R. Shons** Fournier's syndrome following anorectal examination and mucosal biopsy *Diseases of the Colon & Rectum* 1979; 22:51-54
- 17-D.Dewire, Bergstein J.** Cancer du colon sigmoïde : une cause inhabituelle de la gangrène de Fournier. *J Urol* 1992 ; 147 : 711-712.
- 18-Karim M.S.** Gangrène de Fournier par catheter a demeure. *Urology* 1984 ; 23 : 173-175.
- 19-Walther PJ, Adriani RT, Maggio MI, Carson CC** Gangrène de Fournier : Une complication de l'implantation de prothèse pénienne chez un patient de transplantation rénale. *J Urol* 1987 ; 137 :299-300.
- 20-A. Coruh, Akcali Y., Ozcan N., Ekmekcioglu.** Modification volet de la cuisse honteux pour la reconstruction périnéoscrotale: un cas de syndrome de Leriche a évolution rapide de la gangrène de Fournier. *Urology* 2004; 64: 1030.

- 21-Victor HH, Eric SC, David JD, David BG, SK Stuart, Stuart MD.** Gangrène de Fournier suivante vasectomie. Infecter Urol 2001; 14:80-2.
- 22-PK Nambiar, S. Lander, Midha M.** Fournier gangrène des blessures de la moelle épinière : un rapport de cas. J Spinal Cord Med 2005 ; 28 :121-124.
- 23- A. Tuncel, Aydin O., Tekdogan U., Nalcacioglu V., Capar Y.,** gangrène de Atan A. Fournier : trois en expérience avec 20 cas patients et la vitalité du score gangrène indice de gravité de Fournier. Eur Urol 2006 ; 50 :838-843.
- 24-Mark A., Marinella MD** Groupe C septicémie à streptocoques compliquer gangrène de Fournier. Sud Med J 2005 ; 98 :921-923.
- 25-Kalorin CM, Tobin E.H.** méthicilline associée commentaire Staphylococcus aureus résistant a causé la gangrène de Fournier et les infections génitales. J Urol 2007 ; 177 :967-971.
- 26-H. Nakamura, Katizama K., Inada Y., Kato N., M. Mukai, Akashi M., et al.** Gangrene de Fournier périnéale apparition dans un subissant une hémodialyse des patients-importance de périnéale apparition manifestation. Clin Nephrol 2005 ; 63 : 317-320.
- 27-Biyani CS, maire PE, CS Powell** rapport de cas : conclusions gangrène-roetnographic et échographiques de Fournier. Clin Radiol 1995 ; 50 : 728-729.
- 28-D.Morrison, M.Blaivas, LyonM.**diagnostic d'urgence de la gangrène de Fournier avec chevetultrasons.Am J Emerg Med 2005 ; 23 :544-547.
- 29-Amendola MA, J. Cassillas, Joseph R., Antun R.,** gangrène de Galindez O. Fournier : résultats du scanner. Abdom Imaging 1994; 19:471-474.
- 30-Mindrup SR, Kealey GP, Fallon B.** hyperbare oxygène pour le traitement de la gangrène de Fournier. J Urol 2005 ; 173 : 1975-1977.
- 31-Hallock G.G.** la reconstruction du scrotum suivante gangrène fournier utilisant la circonflexe médiale artère fémorale perforateur rabat. Ann Surg Plast 2006 ; 57 :333-335.

32-Ferreira PC, Reis JC, Amarante JM, Silva AC, CJ Pinho, Oliveira IC, et al.

Gangrene de Fournier : un examen de 43 cas de reconstruction. *Plast SurgReconstr* 2007 ; 119 : 175-184.

33-C. Cannistra, Kirsch-Noir F., Delmas V., Marmuse JP, la reconstruction Boccon-Gibod scrotale par lambeau inguinale après la gangrène de Fournier. *Prog Urol* 2003 ; 13 : 703-706.

34-JACQUES HUBERT, GEORGES FOURNIER, PHILIPPE MANGIN, MONGA PUNGA-MAOLE Gangrène des organes génitaux externes. *Progrès en Urologie* (1995), 5. 911-924

35-Yeniyol CO, Suelozgen T., M. Arslan, Ayder AR Gangrene de Fournier: l'expérience avec 25 patients et utilisation de la partition gangrène indice de gravite de Fournier. *Urology* 2004 ; 64 : 218-222.

36-H. Yanar, Taviloglu K., Ertekin C., R. Guloglou, Zorba U., Cabioglu N., et al. Gangrene de Fournier : facteurs de risque et les stratégies de gestion *Surg mondiale* 2006 ; 30 : 1750-1754.

37-Verna G, Fava F, Baglioni E, Cannata M, Devalle L, Fracalvieri M Gangrène de Fournier : remarque sur deux cas cliniques. *Annales de chirurgie Plastique et esthétique* [Ann. Chir. Plast. Esthét...]. 2004, vol.49, no 1, pp. 37 – 42.

38-SOUMARE S, SANGARE D, YENA S, SANOGO ZZ, ADAMA K Gangrène de Fournier dans le service de chirurgie « A » à HNPg à propos de 6 Cas *Sur le net* 01 -11 – 06.

39-BAURIENNE H, sur une plaie contuse qui c'est terminé par le sphacèle du scrotum *J Med Chir Pharm.* 1764:20:251- 253

40-Dahm P, Roland, Vaslef SN, Moon RE, Price DT, Georgiade GS et al. Outcome analysis in patient with primary necrotizing fasciitis of male genitalia. *Urology* 2000; 56:31- 36

41-FICHELE A, NIMIER M, infection des parties molles par synergie

Bactérienne Ann. Fr. Reanim 1990; 9:269-274

42-ST Edino, AA Yakubu, A Obidiaso la gangrène de Fournier dans le centre

Tertiaire de Nigeria. African Journal of Urology 2005;11: 1 – 5.

43-K. Borki, Ait Ali, A Choho, M Daali, S. alkandry, J Landrés gangrène

périnéoscrotale : à propos de 60 cas e – mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2002 ,1 (4) : 49 – 54.

44-FICHELE A, NIMIER M, infection des parties molles par synergie

Bactérienne Ann. Fr. Réanima 1990; 9:269-274

45-LEDERMENNE, MATHIEU D, LESCUT D et AL. Les infections anaérobies des
tissus mous 1977 ; 51 : 272- 287

46-HUNALD F, SAMISON LH, RAKOTAORUIJAONA A,

RANAIVOZANANY A : Multiple incisions étagées et tunnelisées de la

Gangrène de Fournier extensive dans le service de chirurgie viscérale HJRA

Antananarivo Madagascar à propos de deux cas. Médecine d'Afrique

Noire 2006- 53 (1).

47-BURPEEJ.F et EDWARDS P : Fournier gangrène. Urol., 1972,107, n.5, n 812-
814.

48-Slim Jarboui, Hichem Jarraya, Sami Daldoul, Sofiène Sayari, Mounir Ben

Moussa, Mohamed Morched Abdesslem, Abdeljelil Zaouche. Étude clinique et

thérapeutique et analyse pronostique des gangrènes du périnée *La Presse*

Médicale, Volume 37, Issue 5, Pages 760-766

49- B. Fall P.A. Fall B. Diao M.T. Kpatcha Y. Sow F.A. Kabore M. Ali A.K. Ndoye

M. Ba B.A. Diagne. Les gangrènes des organes génitaux externes : à propos de

102 cas

50-Olivier Bouilland Olivier Barbe, Sébastien Le Goudeveze, Guylène Gadsaud,

Patrick Cadot. Gangrène de Fournier

**LA PRISE EN CHARGE DES GANGRENES DE FOURNIER DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU
POINT G. A PROPOS DE 36 CAS**

FICHE D'ENQUÊTE N°

I. Données socio-démographiques

Identité :

Nom : Prénom :

Nationalité : Sexe :

Age : statut matrimonial :

Résidence : Contact :

II. Professions : / / /

1. Fonctionnaire

4. Commerçant

2. Cultivateur

5. Eleveur

3. Ouvrier

6. Autre

III. Datation : / / /

1. Date d'entrée

2. Date de sortie

Durée de séjour

IV. Provenance : / / /

1. Kayes

2. Koulikoro

3. Sikasso

4. Ségou

5. Mopti

6. Gao

7. Tombouctou

8. Kidal

9. Autre

V. Motif de consultation : / / /

1. Référence 2. centre de santé 3. Venu de lui-même

VI. Motif de référence : / / /

1. Grosse bourse douloureuse

2. Abscess scrotal

3. Abscess périnéal

4. Suppuration nécrotique des organes génitaux externe

5. Fistule urétrale

VII. Selon la symptomatologie : le délai de survenu.. / / /

A. 1-3 jours

B. 4-7 jours

c. 8 jours à 1 mois

D. 1 Mois et plus

VIII. Antécédents :

VIII a. Médicaux : / / /

1. Diabète
2. HIV
3. Sondage traumatique
4. Corticothérapie
5. Tuberculose
6. Rétrécissement de l'urètre
7. Autre

VIII b. Chirurgical :...../...../...../

1. Orchidectomie
2. Cure herniaire
3. Cure d'hydrocèle
4. Opéré pour fistule anale
5. Urétroplastie
6. Dilatation urétrale

IX. Facteurs favorisants :...../...../...../

1. Affection périnéo scrotale
2. Affection génitale
3. Fistule scrotale
4. Fistule uréthro- scrotale
5. Traumatisme génito-périnéale
6. Immunodépression
7. Diabète
8. Dysurie

X. Mode de vie :...../...../...../

1. Alcool
2. The
3. Tabac
4. Cola

XI. Examen Clinique

1. Signes généraux :

XI a. Etat général :...../...../...../

- A. Bon B. assez bon C. mauvais

Température :.....

XI b. Conjonctives :...../...../...../

- A. colorées B. pales

Fréquence cardiaque :.....battements/minute

Fréquence respiratoire :.....cycles/minute

Pression artérielle :.....Cm hg

Poids :.....kg **taille**.....m **IMC**.....%

XII. Examen Périnéo-scrotal

XII a. Inspection :...../...../...../

1. Abscesses périnéales fistuleuses
2. Plage de nécrose cutanée périnéale
3. Œdème périnéale
4. Tuméfaction scrotale
5. Scrotum déplié
6. Abscesses scrotales
7. Fistule urétrale
8. Tuméfaction ulcéro-nécrosante
9. Perte de substance étendue

XII b. Palpation :...../...../...../

1. Douleur périnéo-scrotale
2. Scrotum rénitent à la palpation
3. Scrotum infiltré
4. Douleur scrotale
5. Douleur périnéale

XII c. Percussion :...../...../...../

1. Matité scrotale

XII d. Appareil urinaire :...../...../...../

1. Pollakiurie
2. Brûlure mictionnelle
3. Dysurie
4. Hématurie
5. Pyurie
6. Fuite d'urine
7. Port de sonde

XII e. Toucher rectal :...../...../...../

1. Prostate augmentée de volume
2. Consistance de la prostate souple
3. Contours de la prostate régulière
4. Fissure anale
5. Fistule anale
6. Plancher vésical infiltré

XIII. Les signes de gravité :...../...../...../

Fiche signalétique

Nom : Dicko

Prénom : Nouhoum

Titre de la thèse : La prise en charge des Gangrènes de Fournier dans le service d'urologie du CHU Point G à propos de 36 cas.

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Pays : Mali

Secteur d'intérêt : Urologie

Résumé :

Notre thème avait pour but, prise en charge des Gangrènes de Fournier à propos de 36 cas dans le service d'urologie du CHU Point G.

C'est une étude rétro-prospective qui s'est déroulée sur 8ans (De Janvier 2008 au Décembre 2015).

La GF est une pathologie très fréquente chez les hommes.

Le diagnostic est clinique.

Les examens complémentaires peuvent être utilisés dans le but de la recherche étiologique.

Le traitement est médicochirurgical, et le geste est fonction des différentes formes cliniques.

La nécrosectomie et pansement itératifs suivi d'un rapprochement des berges des lésions à constituer la majeure partie du traitement dans notre étude.

La mortalité a représenté 11,1% dans notre série de cas.

Mots clés : Gangrene de Fournier, Nécrosectomie, Antibiothérapie