

## Fasciite nécrosante du sein : une observation chez une personne vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire

Kourouma HS, Sangaré A, Kaloga M, Ecra E, Kouamé K, Kassi K, Ahogo KC, Kacou ED, Gbery IP, Yoboué YP, Kanga JM.

Service de dermatologie du CHU de Treichville, Abidjan. Côte-d'Ivoire

*Med Trop* 2010 ; **70** : 281-282

**RÉSUMÉ** • La fasciite nécrosante est une infection bactérienne grave des parties molles habituellement localisée aux membres inférieurs. Une localisation au sein due à *Streptococcus pyogenes* chez une jeune africaine infectée par le virus de l'immunodéficience humaine, est rapportée

**MOTS-CLÉS** • dermo-hypodermite, sein, infection à VIH, Abidjan

### NECROTIZING FASCIITIS OF THE BREAST AND HIV INFECTION. A CASE REPORT

**ABSTRACT** • Necrotizing fasciitis is a severe soft tissue infection caused by flesh-eating bacteria. It usually occurs on the lower limbs. The purpose of this report is to describe a case involving *Streptococcus pyogenes* on the breast of a 22-year-old African woman with HIV.

**KEY WORDS** • Dermo-hypodermatitis. Breast. HIV infection. Abidjan.

La dermo-hypodermite bactérienne avec fasciite nécrosante (DHB-FN) est une infection nécrosante de l'hypoderme, de l'aponévrose musculaire et secondairement du derme (1, 2). Toutes les localisations peuvent s'observer (2). Les membres inférieurs représentent le siège le plus fréquemment retrouvé.

Nous rapportons le cas d'une fasciite nécrosante localisée au sein droit ayant révélé une infection par le virus de l'immunodépression humaine (VIH) de type 1.

### Observation

En janvier 2009, une femme âgée de 22 ans, consultait pour une ulcération aiguë du sein droit accompagnée d'une fièvre à 38,8°C. Suite à un microtraumatisme, était apparu quarante huit heures plus tard un placard inflammatoire, violacé, très douloureux accompagné de fièvre, sur lequel avaient été appliqués des cataplasmes de plantes médicinales traditionnelles. Des phlyctènes puis une ulcération nécrotique de la moitié inférieure du sein droit de 15 cm de grand axe épargnant le mamelon (figure 1) étaient alors survenues.

La peau péri ulcéreuse était infiltrée, chaude et douloureuse et accompagnée d'une adénopathie inflammatoire axillaire.

Il existait une anémie microcytaire à 7g/dL d'hémoglobine, probablement polyfactorielle et 7000 globules blancs /mm<sup>3</sup>. Les dosages de la glycémie, de la créatinine, le bilan de la coagulation étaient normaux.

Devant des séquelles de prurigo généralisé, une altération de l'état général et le siège inhabituel de l'infection, une sérologie VIH était pratiquée après accord de la patiente. Elle revenait positive à VIH-1 avec une charge virale à 30 000 copies/mm<sup>3</sup>. Les lymphocytes CD4 étaient abaissés à 150 /mm<sup>3</sup>.

Une dermo-hypodermite bactérienne nécrosante était suspectée et une excision chirurgicale large des tissus nécrosés était réalisée sans délai avec conservation du mamelon. Une antibiothérapie



Figure 1. Patiente à l'admission.



Figure 2. Même patiente après deux semaines de traitement.

• Correspondance : sarambilal@yahoo.fr

• Article reçu le 16/11/2009, définitivement accepté le 19/04/2010

par amoxicilline-acide clavulanique à raison de 4 g par jour était initiée ainsi qu'une trithérapie antirétrovirale à base de Triomune® (stavudine 30 mg, névirapine 200 mg, lamivudine 150 mg).

L'analyse microbiologique du pus obtenu par écouvillonnage de l'ulcération retrouvait un *Streptococcus pyogenes*. L'examen histologique des tissus montrait un infiltrat inflammatoire diffus riche en polynucléaires du derme et de l'hypoderme et une nécrose s'étendant jusqu'à l'aponévrose musculaire.

L'ensemble des données cliniques et paracliniques faisait retenir le diagnostic de fasciite nécrosante sur terrain immunodéprimé par le VIH-1.

Une cicatrisation dirigée en milieu hospitalier à base d'antiseptiques et de pansements gras était réalisée avec une évolution satisfaisante aboutissant à une cicatrisation en deux mois (figure 2).

## Discussion

La dermo-hypodermite bactérienne avec fasciite nécrosante (FN) est une infection grave caractérisée par une nécrose du derme et de l'hypoderme s'étendant jusqu'à l'aponévrose. Une effraction cutanée précède l'infection dans 60 à 80% des cas (2, 3). Le germe le plus fréquemment retrouvé est le streptocoque beta-hémolytique du groupe A. Ce germe est capable de sécréter différentes exotoxines responsables de manifestations cutanées et aussi du choc toxique streptococcique.

Ces facteurs de virulence expliquent l'évolution parfois foudroyante conduisant au décès rapide du patient dans environ 30% des cas. La FN constitue ainsi une urgence médico-chirurgicale (2, 4).

L'âge supérieur à 65 ans, le diabète, l'alcoolisme, les hémopathies et les cancers, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de traitements immunosuppresseurs, sont des facteurs de risque reconnus de FN (1, 4-6).

A Abidjan, le facteur favorisant le plus souvent incriminé est l'utilisation intempestive des AINS (6). L'utilisation de cataplasmes qui est très courante dans nos contrées du fait de la pauvreté, constitue probablement un autre facteur favorisant d'autant plus qu'elle retarde la mise en route d'un traitement adapté. Outre l'absence d'asepsie lors de la préparation de ces emplâtres, la responsabilité de la composition chimique de ces plantes a été évoquée par certains auteurs en raison de substances caustiques méconnues qui favoriseraient la nécrose et les surinfections (6). La dépigmentation volontaire avec utilisation de dermo-corticoïdes, phénomène de société non négligeable en Afrique, constitue aussi un important facteur favorisant. Par ailleurs, certains auteurs ont noté une fréquente survenue de FN de localisation atypique sur terrain immunodéprimé par le VIH (1, 7-10).

Cependant l'étude réalisée au Sénégal par Monsel ainsi que celle de Yedomon au Bénin sur les manifestations dermatologiques liées au SIDA, montrent bien que la FN ne constitue pas un marqueur de l'infection VIH (3, 11). Le rôle de l'immunodépression liée au VIH paraît probable dans la survenue de cette FN post-traumatique bien qu'elle ne soit pas rapportée dans la littérature (2, 9, 12).

De plus il est à noter que l'évolution des fasciites nécrosantes dans notre contexte se fait plus lentement, de façon subaiguë. (6)

Le sein constitue un siège très peu décrit (13, 14). Les cas de FN du sein rapportés antérieurement sont survenus après une mammoplastie chez des femmes post-ménopausées (13-15).

La thérapeutique doit être précoce. Elle repose sur la stabilisation de l'état général du patient, sur une antibiothérapie efficace sur le germe en cause et surtout sur une excision large emportant tout le tissu nécrotique jusqu'au tissu sain (S2).

Dans notre contexte cette prise en charge chirurgicale est le plus souvent retardée et met en jeu le pronostic vital. Retard qui est soit lié à la pauvreté du plateau technique, soit aux difficultés financières des patients et ce d'autant plus qu'il n'existe pas dans nos états de sécurité sociale. Difficultés qui vont donc favoriser l'automédication observée chez bon nombre de nos patients.

Malheureusement, dans nos pays en développement cette prise en charge est limitée par le retard à la consultation dû à la pauvreté et au recours fréquent à l'automédication.

## Conclusion

Si le diagnostic des infections sévères des parties molles est parfois difficile sous les tropiques, le problème repose surtout dans notre contexte sur la prise en charge précoce mais aussi la prévention qui passe par l'éviction des facteurs aggravants tels que l'automédication (avec notamment prise d'anti-inflammatoires) et la dépigmentation volontaire.

## Références

- Baer W, Schaller P, Ruf S, Lehn N, Lerch K. Diagnosis and therapy of necrotizing fasciitis. *Orthopade* 2002; 6: 551-5.
- Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Ann Dermatol Vénéreol* 2001; 128 : 458-62.
- Monsel G, LY F, Canestri A, Dioussé P, N'diaye B, Caumes AE. Prévalence des manifestations dermatologiques chez les malades infectés par le VIH au Sénégal et association avec le degré d'immunodépression. *Ann Dermatol Vénéreol* 2008; 135 : 187-93.
- Kaul R, McGeer A, Low DE, Schwartz B. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators and microbiologic analysis of 77 cases. Ontario Group A Streptococcal Study. *Am J Med* 1997; 103 : 18-24.
- Bleton R, Oberlin C, Ajnot JY, Fichelle A, Chastre J. Les fasciites nécrosantes du membre supérieur : à propos de douze cas. *Ann Chir MainMembre Sup* 1991; 10 : 286-96.
- Kouamé Kanga. Les fasciites nécrosantes subaiguës : à propos de 50 cas observés au service de Dermatologie du CHU de Treichville. Thèse Med. Faculté de Médecine, Université de Cocody Abidjan, 1995, n°1558.
- Mohammed I, Ceruse P, Fontaine P, Vedrinne JM, Moreon AH, Motin J. Fasciite nécrosante cervicale révélant une maladie à VIH. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1997; 114 : 228-30.
- Hajji M, Moalla R, Chaouch M, Ellouzi M, Hamdi AL. Fasciite nécrosante de la cuisse. *Presse Med* 2004; 33 : 25-7.
- Restrepo CS, Lemos DF, Gordillo H, Otero R, Varghese T, Tiemann W *et al*. Imaging findings in musculoskeletal complications of AIDS. *Radiographics* 2004; 24 : 1029-49.
- Tehranezhad J, Ter-Oganesyan RR, Steinbach LS. Musculoskeletal disorders associated with HIV infection and AIDS. Part I: infectious musculoskeletal conditions. *Skeletal Radiol* 2004; 33 : 249-59.
- Yedomon HG, Doango-Padonou F, Adjibi A, Zohoun I, Bigot A. Manifestations cutanéo-muqueuses au cours de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). A propos de 25 cas observés dans le service de Dermato-Vénérologie du CNHU de Cotonou. *Med Afr Noire* 1991; 38 : 807-14.
- Olsen RJ, Burns KM, Chen L, Kreiswirth BN, Musser JM. Severe necrotizing fasciitis in a human immunodeficiency virus positive patient caused by methicillin resistant *Staphylococcus aureus*. *J Clin Microbiol* 2008; 46 : 1144-7.
- Rajakannu M, Kate V, Ananthakrishnan N. Necrotizing infection of the breast mimicking carcinoma. *Breast J* 2006; 12 : 266-7.
- Shah J, Sharma AK, O'donoghue JM, Mearns B, Johri A, Thomas V. Necrotising fasciitis of the breast. *Br J Plast Surg* 2001; 54 : 67-8.
- Nizami S, Mohiuddin K, Mohsin-e- Azam, Zafar H, Memon MA. Necrotizing fasciitis of the breast. *Breast J* 2006; 12 : 168-9.