

Fasciite nécrosante à *Vibrio vulnificus*

Necrotising Fasciitis Caused by *Vibrio vulnificus*

P. Berton · T. Ghiridlian-Salvarelli · E. Winter

Reçu le 23 octobre 2020 ; accepté le 21 décembre 2020
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

Introduction

Vibrio vulnificus est un bacille à Gram négatif, pathogène pour l'homme, qui se retrouve à l'état naturel dans les milieux marins. Les infections à *Vibrio vulnificus* sont secondaires soit à une transmission directe par une plaie responsable d'infection cutanée grave, soit par ingestion d'eau de mer ou consommation de fruits de mer crus infectés responsables de choc septique. Nous rapportons ici un cas de fasciite nécrosante à *Vibrio vulnificus* d'évolution favorable.

Observation

Une patiente de 87 ans, en vacances à Cannes, a consulté aux urgences au mois d'août pour une chute mécanique lors d'une baignade en mer ayant entraîné une plaie superficielle de la jambe gauche. Elle ne prenait aucun traitement et était en excellent état général. L'examen clinique retrouvait une plaie et une lésion érythémateuse de la jambe gauche sans déformation ni impotence fonctionnelle. La radiographie ne mettait pas en évidence de fracture. Pendant son séjour aux urgences, la patiente a frissonné et a présenté plusieurs épisodes de vomissements alimentaires motivant la réalisation d'un bilan sanguin qui retrouvait un syndrome inflammatoire biologique avec une protéine C réactive (CRP) à 18 mg/L et une procalcitonine à 55 µg/L. Des hémocultures ont été prélevées. Devant l'état général conservé de la patiente, un retour à domicile a été envisagé avec une antibiothérapie orale par amoxicilline/acide clavulanique à 1 g trois fois par jour et une consultation chez son médecin traitant. Malgré la prise d'antibiotique, la patiente a été réadmise aux urgences le lendemain pour une franche altération de l'état général et des douleurs importantes de son membre inférieur gauche. Sur le plan hémodynamique, la patiente



Fig. 1 Lésion à la réadmission aux urgences : placard nécrotique extensif avec bulle hémorragique de la jambe

était hypotendue à 93/52 mmHg, tachycarde à 102 bpm, apyrétique à 36,9° C. Elle saturait à 95 % en air ambiant. L'examen clinique montrait une détérioration de sa plaie avec apparition d'un placard nécrotique et de phlyctènes s'étendant sur l'ensemble de la jambe avec une hypoesthésie sans crépitations sous-cutanées (Fig. 1). Son bilan biologique s'était nettement dégradé avec une CRP à 586 mg/L, une procalcitonine supérieure à 200 µg/L, une insuffisance rénale aiguë avec une créatininémie à 305 µmol/L et une lactatémie artérielle à 2,8 mmol/L. Les hémocultures de la veille revenaient

P. Berton (✉) · T. Ghiridlian-Salvarelli · E. Winter
Service des urgences-Smur-UHCD, hôpital Simone-Veil,
15, avenue des Broussailles, F-06400 Cannes, France
e-mail : p.berton@ch-cannes.fr

positives à *Vibrio vulnificus*, multisensible à l'antibiogramme. Un scanner sans injection de produit de contraste de la jambe a été réalisé mettant en évidence une collection hypodense sous-cutanée au contact des fascias musculaires au niveau du tiers supérieur et externe de la jambe avec une infiltration et un épanchement sous-cutané diffus. Devant l'atteinte des fascias et l'état hémodynamique de la patiente, le diagnostic de choc septique secondaire à une dermo-hypodermite à type de fasciite nécrosante à *Vibrio vulnificus* a été posé. Une biantibiothérapie intraveineuse par amoxicilline/acide clavulanique 1 g et gentamicine 3 mg/kg (dose minimale efficace aux vues de la fonction rénale) a été instaurée ainsi qu'un support hémodynamique par noradrénaline. Une indication chirurgicale en urgence a été posée consistant en une nécrosectomie large sous anesthésie générale.

En postopératoire, la patiente a été prise en charge en réanimation durant quatre jours. Elle a bénéficié de reprises chirurgicales à J2 et J4 pour des nécrosectomies complémentaires. Devant une évolution favorable, la patiente a été transférée en service de médecine. La biantibiothérapie et des pansements itératifs au bloc opératoire ont été poursuivis durant un mois et ont permis une normalisation du bilan biologique et une évolution locale favorable de sa jambe. La patiente a ensuite été transférée dans un hôpital proche de son domicile pour la suite de la prise en charge.

Discussion

Les infections à *Vibrio vulnificus* surviennent dans les régions côtières. Bien que ces infections soient rares, *Vibrio vulnificus* est le plus dangereux des agents pathogènes naturellement présents dans le milieu marin. Le taux de mortalité par fasciite

nécrosante est de 17 % et passe à plus de 50 % en cas de choc septique [1]. Les infections à *Vibrio vulnificus* touchent préférentiellement les hommes de plus de 40 ans souffrant de comorbidités telles que des maladies hépatiques ou des troubles immunitaires [2]. Le traitement de la fasciite nécrosante à *Vibrio vulnificus* repose sur une prise en charge médicochirurgicale précoce. En effet, une chirurgie dans les 12 heures [3] associée à une biantibiothérapie par céphalosporines de troisième génération et tétracycline [4] diminuent de façon significative la mortalité de ces patients. L'incidence des infections à *Vibrio vulnificus* va vraisemblablement être amenée à augmenter en raison du réchauffement planétaire qui favorise leur croissance dans les eaux côtières, de la hausse de la consommation de produits de la mer crus et enfin de l'augmentation de la proportion de sujets immunodéprimés, sensibles à ces infections [5].

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Baker-Austin C, Oliver JD (2018) *Vibrio vulnificus*: new insights into a deadly opportunistic pathogen. *Environ Microbiol* 20:423–30
2. Johnston JM, Becker SF, McFarland LM (1985) *Vibrio vulnificus*. Man and the sea. *JAMA* 253:2850–3
3. Chao WN, Tsai CF, Chang HR, et al (2013) Impact of timing of surgery on outcome of *Vibrio vulnificus*-related necrotizing fasciitis. *Am J Surg* 206:32–9
4. Liu JW, Lee IK, Tang HJ, et al (2006) Prognostic factors and antibiotics in *Vibrio vulnificus* septicemia. *Arch Intern Med* 166:2117–23
5. Quilici ML, Robert-Pillot A (2011) Infections à vibrions non cholériques. EMC Elsevier-Masson, Paris, pp 1–12