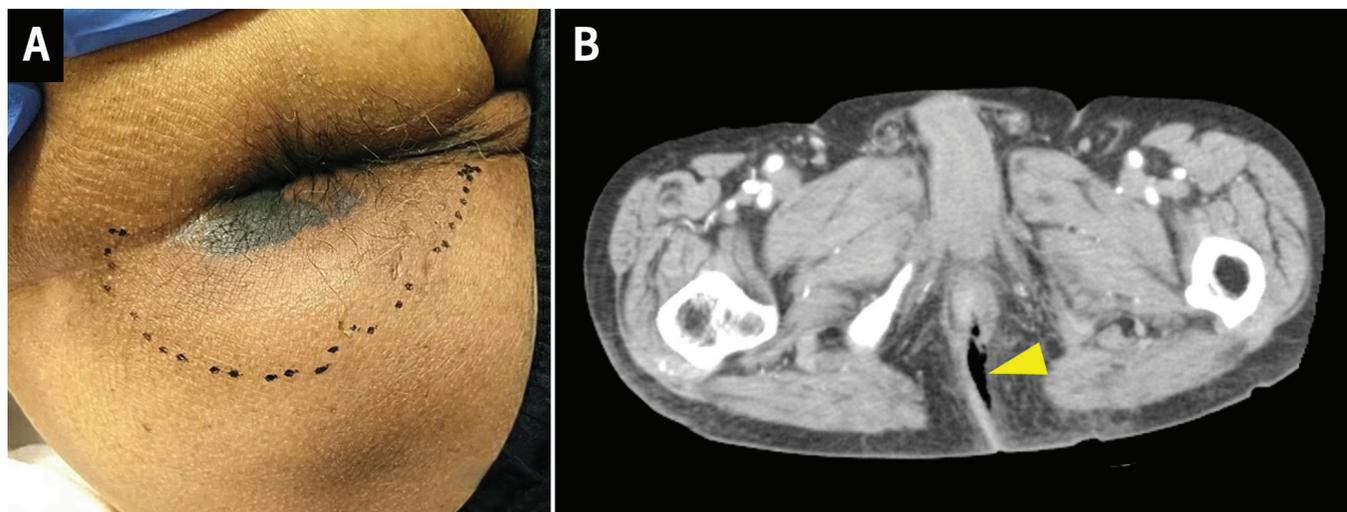


## Lésion cutanée périnéale noire : un signe de la maladie de Fournier

Seigo Urushidani MD PhD, Naoki Oka MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 July 24;195:E957. doi : 10.1503/cmaj.230658-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230658](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230658)



**Figure 1** : Lésion noire périnéale, près de l'anus, observée à l'admission chez un homme de 84 ans atteint de la maladie de Fournier. La région présentant une induration accompagnée d'une légère sensibilité est indiquée par une ligne pointillée. (B) Tomodensitogramme de la lésion périnéale, révélant un épanchement d'air dans les tissus sous-cutanés derrière le rectum (flèche jaune).

Un homme de 84 ans présentant une hypotension observée alors qu'il s'apprêtait à recevoir son traitement régulier de dialyse a été dirigé vers le service d'urgence. Il disait ressentir une légère fatigue, mais n'éprouver aucune douleur. À l'arrivée, sa pression artérielle était de 58/13 mm Hg et sa fréquence cardiaque, de 102 battements/min. Sa fréquence respiratoire était normale, et il était afebrile. Son score à l'échelle de Glasgow était de 15 (Y4, V5, M6). La seule source d'infection potentielle que nous avons trouvée était une petite lésion cutanée noire près de l'anus, accompagnée d'une induration et d'une sensibilité légère (figure 1A). En nous basant sur le tableau clinique, nous avons diagnostiqué une fasciite nécrosante du périnée, aussi appelée « maladie de Fournier ». Nous avons administré des liquides par voie intraveineuse et un soutien vasopresseur au patient, et demandé d'urgence une consultation en chirurgie. Après la stabilisation, une tomodensitométrie a révélé un épanchement d'air dans les tissus sous-cutanés derrière le rectum (figure 1B).

L'imagerie n'a pas retardé la prise en charge définitive; nous avons transféré le patient au bloc opératoire pour un débridement chirurgical d'urgence. La peau noircie, l'hypoderme et la

partie inférieure du rectum étaient nécrotiques, mais les muscles du périnée avaient été épargnés. Une perforation traversant toute l'épaisseur de paroi inférieure du rectum due à la nécrose a été repérée; nous avons donc réalisé une résection partielle du rectum avec colostomie et administré du méropénem et de la vancomycine. Le patient est resté au service de soins intensifs pendant 7 jours après l'intervention chirurgicale et a reçu son congé après 2 mois de réadaptation.

Même les milieux bien pourvus en ressources rapportent un taux de mortalité de 7%–20% pour la maladie de Fournier<sup>1,2</sup>. Les patients chez qui l'on soupçonne cette affection ont besoin de manœuvres de réanimation appropriées et d'un débridement chirurgical radical, et la prise en charge de la maladie à sa phase critique ne doit pas être retardée par des examens diagnostiques<sup>1,2</sup>. L'hypotension et les phlyctènes hémorragiques sont hautement spécifiques à la maladie de Fournier, mais surviennent tard durant l'évolution de la maladie<sup>3</sup>. Le diagnostic à un stade précoce peut donc être difficile. Dans le présent cas, bien que le patient ait dit n'éprouver aucune douleur, nous avons découvert une dyschromie cutanée noire au niveau du périnée.

Lors de l'évaluation des patients présentant un choc de cause inconnue, il faut réaliser un examen physique minutieux, et la maladie de Fournier doit être envisagée en présence de lésions cutanées périnéales noires.

## Références

1. Radcliffe RS, Khan MA. Mortality associated with Fournier's gangrene remains unchanged over 25 years. *BJU Int* 2020;125:610-6.
2. Bowen D, Juliebø-Jones P, Somani BK. Global outcomes and lessons learned in the management of Fournier's gangrene from high-volume centres: findings from a literature review over the last two decades. *World J Urol* 2022;40:2399-410.
3. Fernando SM, Tran A, Cheng W, et al. Necrotizing soft tissue infection: Diagnostic accuracy of physical examination, imaging, and LRINEC score: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2019;269:58-65.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

**Affiliations:** Centre d'urgence et de soins intensifs (Urushidani), Hôpital central de Kurashiki, Kurashiki, Japon; département de médecine d'urgence (Oka), Centre médical Kameda, Kamogawa, Japon.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Seigo Urushidani, [s-urushidani@kchnet.or.jp](mailto:s-urushidani@kchnet.or.jp)

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.