



JOURNAL OF SCIENCE & DISEASES



Gangrène de Fournier compliquant une dépigmentation volontaire : à propos d'un cas

Fournier's gangrene complicating voluntary depigmentation: case report

Epoupa Ngalle FG^{1,2,4}, Mbouche LO², Mbassi AA³, Mbem Ngos PP², Essomba AQ¹, Nouboudem G², Angwafo Fru III²

Cas clinique

¹ Unité d'urologie, Département de Chirurgie, Hôpital Général de Douala, Cameroun

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

³ Institut des Sciences de Technologie Médicale, Yaoundé, Cameroun.

Auteur correspondant :

Epoupa Ngalle Frantz, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, BP 1364, Yaoundé.

Tél: +237694641987, Email : frantzepoupa@gmail.com.

Keywords : Fournier's gangrene, Depigmentation, Scrotal plasty.

Mots clés : Gangrène de Fournier, Dépigmentation, Plastie scrotale.

RESUME

Introduction : La dépigmentation volontaire se caractérise par la volonté d'acquiescer un teint plus clair, indépendamment de toute anomalie pigmentaire préexistante. Elle conduit certaines personnes de peau foncée à se dépigmenter entraînant des conséquences extrêmes sur la peau comme la gangrène de Fournier. La gangrène de Fournier est une fasciite polymicrobienne nécrosante rapidement progressive génitale, périnéale et périnéale dont l'origine peut être génito-urinaire, cutanée, colorectale et potentiellement létale. Nous présentons ainsi le cas d'une gangrène de Fournier compliquant une dépigmentation volontaire chez un jeune homme de 28 ans, référé pour douleur et tuméfaction scrotale avec des crépitations en contexte fébrile. Il utilisait depuis 6 mois des produits éclaircissants constitués de dermocorticoïdes. Le bilan infectieux était négatif. Un débridement scrotal avait été fait associé à une triple antibiothérapie. Les pansements ont été fait pendant 14 jours avec arrêt complet de l'utilisation des produits dépigmentant. Une plastie scrotale a été faite au bout de 6 semaines après la première chirurgie. La dépigmentation volontaire peut se compliquer de pathologies graves à l'instar de la gangrène de Fournier. Sa prise en charge passe par la réanimation, le débridement scrotal, l'antibiothérapie et l'arrêt total des produits de dépigmentation.

ABSTRACT

Introduction: Voluntary depigmentation is characterized by the desire to acquire a lighter complexion, regardless of any pre-existing pigmentation anomaly. It leads some dark-skinned people to depigment themselves, leading to extreme consequences for the skin such as Fournier's gangrene. Fournier's gangrene is a rapidly progressive necrotizing polymicrobial fasciitis of the genital, perineal and perianal areas, which can be genitourinary, cutaneous or colorectal in origin and potentially lethal. We present a case of Fournier's gangrene complicating voluntary depigmentation in a 28-year-old man referred for pain and scrotal swelling with crepitations in a febrile context. He had been using dermocorticoid lightening products for 6 months. The infectious work-up was negative. Scrotal debridement was carried out in conjunction with triple antibiotic therapy. Dressings were applied for 14 days with complete cessation of the use of depigmenting products. A scrotal plasty was performed 6 weeks after the initial surgery. Voluntary depigmentation can be complicated by serious pathologies such as Fournier's gangrene. Its management involves resuscitation, scrotal debridement, antibiotic therapy and complete cessation of depigmentation products.

Introduction

La gangrène de Fournier est une fasciite polymicrobienne nécrosante rapidement progressive génitale, périnéale et périanale dont l'origine peut être génito-urinaire, cutanée, colorectale et potentiellement létale. Son évolution est foudroyante notamment sur terrain particulier. La volonté d'acquérir un teint plus clair, indépendamment de toute anomalie pigmentaire préexistante, conduit certaines personnes de peau foncée à faire usage de procédés dépigmentant [1,2]. La dépigmentation fait partie des facteurs favorisants de la gangrène de Fournier tout comme le diabète, le tabagisme, l'immunodépression, l'âge et l'alcoolisme. La dépigmentation en Afrique Sub-saharienne est effectuée par 25 à 96% de la population [3] et 43,6% [4] des commerçantes camerounaises se dépigmentent. Elle s'effectue en deux étapes. La première phase est agressive, l'usage des produits caustiques appliqués sur la peau entraîne une brûlure superficielle, la deuxième phase est celle de la pérennisation, elle entretient la cicatrisation de la brûlure pouvant être le facteur d'immunosuppression favorisant le développement de la gangrène de Fournier à travers la fragilisation de la barrière cutanée et l'immunosuppression générale de l'organisme. A travers ce phénomène complexe nous pouvons comprendre les complications importantes que pourraient entraîner la dépigmentation au niveau de l'organisme. Notre travail avait pour but de décrire la prise en charge d'un patient ayant eu une gangrène de Fournier suite à l'utilisation des corticoïdes pour se dépigmenter.

Observation

Il s'agit d'un étudiant de 28 ans, référé d'un hôpital de troisième catégorie pour prise en charge d'une douleur et tuméfaction scrotale avec crépitations le tout en contexte fébrile. Le patient a commencé une automédication au paracétamol et l'amoxicilline et acide clavulanique dès le début de la fièvre. Face à la persistance des symptômes le patient décida de se faire consulter dans un hôpital de troisième catégorie de la place. Une antibiothérapie non documentée a été instituée et le patient était référé pour meilleure prise en charge dans nos locaux. Il ne consommait pas de tabac, ni d'alcool et n'était porteur d'aucune pathologie chronique connue. Par ailleurs il utilisait depuis 6 mois des produits variés à

but éclaircissant constitués principalement d'hydroquinone et de dermocorticoïdes.

A l'arrivée aux urgences de l'Hôpital Général de Douala, le patient présentait sur le plan général une asthénie, une tension artérielle de 100/70mmHg, un pouls à 100 battements/min, une fréquence respiratoire à 22 cycles/min, une saturation à 94% en Oxygène et une température de 39,1°C. Sur le plan clinique nous observions une tuméfaction scrotale avec une large plaque noirâtre d'environ 5 cm sur la face antérieure du scrotum associée à une plage de pus d'environ 1,5 cm. Au-dessus de la plaque nous notions un début de noircissement de la peau scrotale.

A la palpation en-dessous de la zone noirâtre et nécrosée il y'avait un crépitement. Nous ne notions pas d'atteinte périnéale ni de la peau pénienne ni de la région abdominale ou la face interne de la cuisse et de ganglions inguinaux. Le diagnostic clinique de gangrène de Fournier avait été posé.

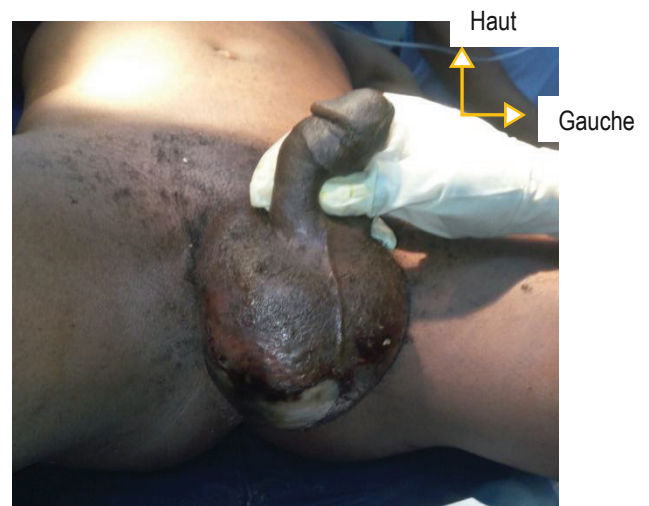


Figure 1 : Tuméfaction scrotale avec plages de nécrose et pus avant le débridement scrotal

Sur le plan paraclinique le bilan infectieux afin d'exclure une autre étiologie était négatif (Chlamydia PCR, mycoplasmes urogénitaux, Syphilis, VIH, hépatite B et C et l'Examen Cytobactériologique des Urines), la glycémie à jeun (négative) et le prélèvement de la plage de pus était négatif. Le bilan préopératoire (numération formule sanguine, bilan de coagulation, urée créatinine et ionogramme sanguin) était normal. Dès son arrivée, une triple antibiothérapie à base de Ceftriaxone 2g/24heures,

Gentamycine 160mg/24heures et Métronidazole 500mg/8heures a été débuté après les prélèvements. Deux voies veineuses de gros calibres avaient été placées, un sondage urinaire fait et le patient mis sous oxygène. Un débridement scrotal sous anesthésie générale a été fait dans les 4 heures suivant son arrivée aux urgences.

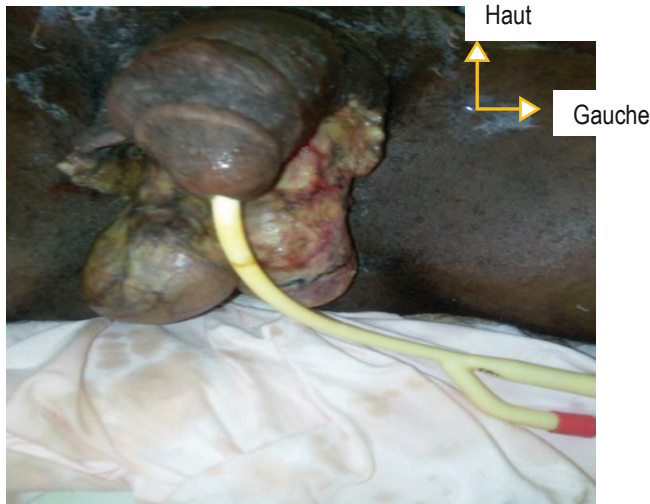


Figure 2 : Testicules colorés non atteints et exposés au 5^e jour post débridement

Les pansements quotidiens ont débuté le lendemain de la chirurgie à base d'eau oxygéné et de sérum salé isotonique et cela jusqu'à sa sortie de l'hôpital (14 jours) associé à l'arrêt complet de l'utilisation des produits de dépigmentation. Une plastie scrotale par rapprochement des berges scrotales avait été pratiquée au bout de 6 semaines après la première chirurgie.

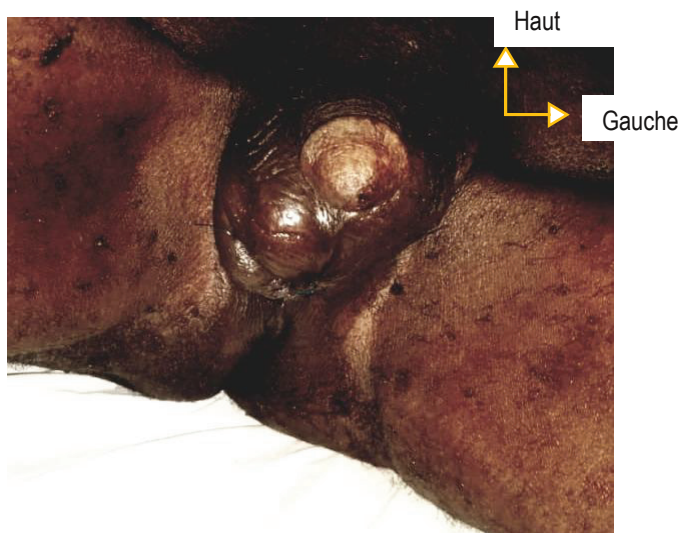


Figure 3 : Scrotum complètement cicatrisé au 90^e jour après scrotoplastie

Le patient était hospitalisé pendant 5 jours et continua pendant deux semaines sa prise en charge à la maison par des bains de sièges pendant 10 minutes, deux fois par jour à l'eau tiède et une cuillère à soupe de bicarbonate de sodium pour un litre d'eau, jusqu'à cicatrisation complète. Le patient est revenu en consultation au bout de 90 jours, scrotum complètement cicatrisé.

Discussion

La gangrène de Fournier est une urgence médico-chirurgicale. Elle représente 1,2 % des pathologies urologiques en consultations et urgences urologiques [5]. La mortalité pour la gangrène de Fournier peut quant à elle atteindre 88% des cas comme dans certains grands centres [6,7]. Plusieurs facteurs favorisants ont été mis en évidence dans le développement d'une gangrène de Fournier, notamment l'âge supérieur à 60 ans, le diabète, l'immunodépression au VIH-SIDA, les pathologies oncologiques ou tout autres maladies auto-immune, la corticothérapie (bien qu'elle-même peut aboutir au diabète ou autres maladies auto-immune), l'alcoolisme chronique, le tabagisme et les sténoses urétrales [5,7,8]. Une fréquence élevée des personnes pratiquant la dépigmentation est issue de l'Afrique Sub-Saharienne. Cela varie entre 25 à 67 % selon les pays africains. Parmi les pays où les hommes se dépigmentent le plus, Morand (2007) à travers son étude sur les complications liées à la dépigmentation cosmétique en Afrique a montré que dans la ville de Paris, les hommes venant des deux Congo suivi du Cameroun, l'Angola et de l'Afrique du Sud, sont ceux qui se découpent le plus [9]. La même étude montre que 43,6 % des commerçantes camerounaises utilisent les produits de dépigmentation et leur proportion est plus rarement les hommes [9]. La dépigmentation se subdivise en deux phases dans l'organisme. La première phase ou phase de mordancage : bien agressive, l'usage des produits caustiques appliqués sur la peau entraîne une brûlure superficielle de celle-ci. La deuxième phase ou phase de pérennisation, est une phase d'entretien après cicatrisation de la brûlure. Par la suite l'effet dépigmentant est entretenu par des applications régulières de dermocorticoïdes et/ou d'hydroquinone sur la peau [1]. L'application sur la peau pendant plusieurs mois de produits à but décapant constitués principalement de dermocorticoïdes et d'hydroquinone à but éclaircissant pourrait bien être le facteur immunosuppresseur favorisant le développement de

la Gangrène de Fournier à travers la fragilisation de la barrière cutanée et l'immunosuppression générale de l'organisme. La Gangrène de Fournier est une urgence thérapeutique médicochirurgicale dont tout retard de prise en charge aura des répercussions significatives sur le pronostic vital (décès) et ou fonctionnel (atteinte des testicules ou de la région anale). Dans notre contexte, la chirurgie a été salvatrice. Cela a été possible grâce aux mesures de réanimation et la triple antibiothérapie probabiliste avant le débridement scrotal. L'arrêt de la corticothérapie a permis une évolution favorable car il n'y avait plus d'agents immunosuppresseurs. Nous n'avons pas observé d'autres séquelles [10].

Conclusion

La pratique de la dépigmentation volontaire peut se compliquer de pathologies graves à l'instar de la gangrène de Fournier. Celle-ci est favorisée par la fragilité de l'organisme provoquée par les différents composés des produits dépigmentant et ainsi avoir des conséquences dévastatrices pour la personne. Il devient donc important dans la prise en charge de cette dernière de prendre en compte l'arrêt définitif des produits de dépigmentation dans le processus de prise en charge. En général nous recommandons d'éviter les produits de dépigmentation à base de corticoïdes car ceux-ci ne seulement peuvent favoriser la gangrène de Fournier mais aussi d'autres pathologies comme le diabète.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts dans le cadre de cette étude.

Contribution des auteurs :

Protocole de recherche (Epoupa Ngalle FG, Mbouche LO, Mbem Ngos PP), **rédaction** (Epoupa Ngalle FG), **corrections** (Mbem Ngos PP, Essomba AQ, Nouboudem G), **relecture finale** (Mbouche LO, Mbassi AA Angwafo Fru III), **superviseur** (Angwafo Fru III). Tous les auteurs ont approuvé la correction finale.

Références

1. Kouotou EA. Conférence Inaugurale: Histoire de la Dépigmentation Volontaire. Health Sci Dis [Internet]. 28 nov 2019 [cité 12 janv 2022];20(6 S1). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1734>
2. Sarkis P, Farran F, Khoury R, Kamel G, Nemr E, Biajini J, et al. Gangrène de Fournier : revue de la littérature récente. Prog En Urol. 1 févr 2009;19(2):75-84.
3. "Glèlè-Ahanhanzo, Yolaine, et al. « Avoir la peau claire..... Et pourquoi pas? »: Dépigmentation volontaire chez les femmes dans une région du sud-ouest du Bénin." Pan African Medical Journal 33.1 (2019).
4. ZoungKanyi ACB. La Dépigmentation Volontaire au Cameroun, un Problème de Santé Publique Émergent. Health Sci Dis [Internet]. 28 nov 2019 [cité 17 janv 2025];20(6 S1).
5. Diallo MS, Coulibaly MT, Cissé D, Berthé H, Kassogué A, Diarra A, et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des gangrènes de Fournier dans le service d'urologie du CHU de Point-G à Bamako (Mali). Rev Malienne Infect Microbiol. 4 déc 2019;14(2):2-5.
6. Sorensen, Mathew D., and John N. Krieger. « Fournier's gangrene: epidemiology and outcomes in the general US population. » Urologia internationalis 97.3 (2016): 249-259.
7. Rimtebaye, K., Niang, L., & Ndoeye, M. (2014). Gangrène de Fournier: aspects épidémiologique, clinique, diagnostique et thérapeutique au service d'Urologie de N'djaména. Revue Africaine d'Urologie et d'Andrologie, 1(2).
8. Mekeme JBM, Fouda JC, A MA, Kengne UIM, Fouda PJ, Fru AI. Aspects Cliniques et Pronostiques de la Gangrène de Fournier à l'Hôpital Central de Yaoundé. Health Sci Dis [Internet]. 25 oct 2020 [cité 11 oct 2024];21(11).
9. Petit A. Prise en charge des complications de la dépigmentation volontaire en France. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 nov 2006;133(11):907-16.
10. Ferries L, Boulard C, Carvalho P, Litrowski N, Duval-Modeste AB, Joly P. Gangrène de Fournier compliquant une colite auto-immune sous IPILIMUMAB®. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2014;141(12):S401.