



Fasciite nécrosante de la jambe droite compliquant une rupture utérine : à propos d'un cas.

Necrotizing fasciitis of the right lower limb complicating fundal uterine rupture: a case report.

Soumana Diaouga H^{1*}, Boka Tounga Y², Kossi Odjo Dogbe Y-Z³, Chaibou Yacouba M¹, Garba RM¹, Nayama M¹.

Reçu le 16-07-24

Accepté le 24-08-2025

Publié le 30-01-2026

Mots-clés

Fasciite
nécrosante,
chirurgie
obstétricale,
rupture
utérine,
grossesse,
Niger.

Résumé

Introduction : La fasciite nécrosante (FN) pendant la grossesse est rare mais potentiellement mortelle, avec des taux élevés de morbidité et de mortalité périnatale.

Observation : Une paucipare âgée de 20 ans s'est présentée à notre service avec une métrorragie, une douleur et une distension abdominale associées à un abcès de la cuisse et de la jambe droite dans un contexte fébrile, à 39 semaines de grossesse. L'examen clinique et paraclinique ainsi que la laparotomie exploratrice ont conduit au diagnostic d'une rupture utérine évoluant depuis sept jours, compliquée d'une fasciite nécrosante et d'une mort fœtale. La patiente a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire incluant une hystérectomie totale, un débridement chirurgical minutieux des tissus nécrosés du membre inférieur et un protocole de réanimation maternel puis transférée dans un service de chirurgie spécialisé pour la suite de la prise en charge où l'évolution était favorable sur le plan clinique et biologique. Cependant la patiente est sortie de l'hôpital contre avis médical par manque de moyen financier à J30 d'hospitalisation.

Conclusion : Cette observation montre que la rupture utérine peut être une cause méconnue de FN, dont le diagnostic et la prise en charge peuvent s'avérer difficiles dans les milieux à ressources limitées.

Keywords

Necrotizing
fasciitis;
obstetric
surgery,
uterine
rupture,
pregnancy,
Niger.

Abstract

Introduction: Necrotizing fasciitis (NF) during pregnancy is rare but potentially fatal, with high rates of morbidity and perinatal mortality.

Observation: A 20-year-old pauciparous woman presented to our department with metrorrhagia, abdominal distension and pain associated with an abscess of the thigh and right leg in a febrile context, at 39 weeks of pregnancy. Clinical and paraclinical examination and exploratory laparotomy led to a diagnosis of uterine rupture that had been developing for seven days, complicated by necrotizing fasciitis and fetal death. The patient received multidisciplinary care including a total hysterectomy, meticulous surgical debridement of necrotic tissue in the pelvic region, and a maternal resuscitation protocol. She was then transferred to a specialized surgical unit for further care, where her clinical and biological progress was favorable. However, the patient was discharged from hospital against medical advice due to lack of financial resources on day 30 of hospitalization.

Conclusion : This observation shows that uterine rupture can be an overlooked cause of NF, the diagnosis and management of which can be difficult in resource-limited settings.

Introduction

La fasciite nécrosante (FN) est une infection invasive rare et potentiellement mortelle des

tissus mous, caractérisée par une nécrose étendue du tissu sous-cutané, du fascia superficiel et d'autres tissus adjacents [1]. La

prévalence varie entre 0,2 à 0,4 /100000 adultes. Bien que la grossesse soit associée à un risque accru d'infection, en raison de divers changements mécaniques, physiologiques et immunologiques, la survenue d'une fasciite nécrosante au cours de la grossesse est un événement rare avec une prévalence estimée à 3,6/100000 naissances [2,3]. Cependant elle entraîne une morbi-mortalité maternelle et périnatale élevée. Les principaux facteurs de risque associés à la survenue d'une fasciite nécrosante ne sont pas entièrement connus, cependant les traumatismes, une chirurgie récente, l'immunosuppression, le diabète, l'obésité et les maladies rénales ont été fortement associés à un risque de survenue d'une fasciite nécrosante. Les femmes enceintes sont plus susceptibles de développer cette infection après l'accouchement (voies basse ou césarienne). Le risque semble être plus élevé après une césarienne et le demeure jusqu'à 9 mois après l'accouchement. D'autres facteurs des risques incluent l'hémorragie du post-partum et l'accouchement prématuré [2,4,5]. La fasciite nécrosante au cours de la grossesse constitue une urgence médico-chirurgicale majeure nécessitant une prise en charge urgente et multidisciplinaire impliquant gynécologue-obstétricien, pédiatre, chirurgien, anesthésiste réanimateur et infectiologue. Nous rapportons un cas de fasciite nécrosante survenue à la suite d'une rupture utérine dans un contexte de travail d'accouchement à domicile chez une paucipare de 20 ans prise en charge dans le service de gynécologie obstétrique de la maternité Issaka Gazobi de Niamey en République du Niger. Nous discutons la présentation clinique, la prise en charge et le pronostic materno-foetal.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 20 ans, troisième geste, deux parités antérieures et aucun enfant vivant, ayant été référée dans notre service pour des métrorragies associées à un abcès de la

cuisse et de la jambe droite avec une grossesse de 39 SA mal suivie avec deux contacts prénataux. La patiente n'avait aucun antécédent pathologique médical ou chirurgical connu. Sept jours avant son admission dans notre service, la patiente rapportait des douleurs abdominales intermittentes à intervalle régulier correspondant à un travail d'accouchement. Elle avait tenté un accouchement à domicile sans succès et deux jours plus tard, elle constata une aggravation de la douleur donnant l'impression d'un coup de poignard suivi d'une disparition soudaine de la douleur et des mouvements actifs du fœtus (MAF) faisant suite à des métrorragies (rupture utérine). L'évolution fut marquée par l'apparition d'un nodule douloureux au niveau du mollet droit (2 jours post-rupture utérine) qui s'est ensuite fistulisé à la peau et s'était étendu sur toute la jambe et la cuisse droite (nécrose étendue en 48h). La patiente et sa famille n'ont pas rapportés des manœuvres traditionnelles au niveau de la jambe (scarifications, injections, massages avec substances) durant la période du travail d'accouchement à domicile. À son admission, elle présentait une altération de son état général.

Affiliations :

1 Université Abdou Moumouni; Service de gynécologie obstétrique; Maternité Issaka Gazobi, Niamey, Niger

2 Université Abdou Moumouni, Service de chirurgie, Hôpital National de Niamey; Niger

3 Université Abdou Moumouni, Service d'Anesthésie Réanimation et Urgence, Hôpital National de Niamey; Niger

***Auteur correspondant :** Dr Soumana Diaouga Hamidou ; gynécologie obstétrique ; Université Abdou Moumouni de Niamey ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger, ; Mail : hamidousoumana21@gmail.com; BP : 10813. Tel : +227 97 82 35 80

L'examen a révélé une pâleur cutanéomuqueuse. Elle avait une pression artérielle à 128/88mmHg, une température à 38,2 °C, une tachycardie avec une fréquence cardiaque à 126bpm. Le poids était de 45kg.

A l'examen obstétrical, l'abdomen était distendu (**Figure 1**). On notait une douleur avec une défense à la palpation.

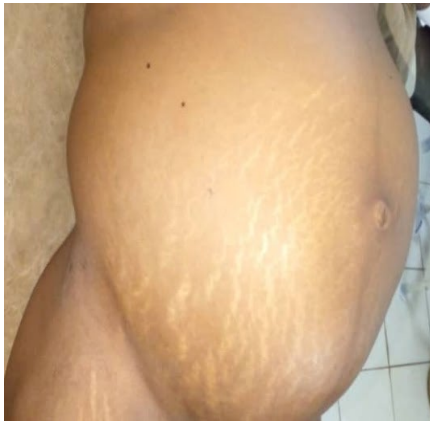


Figure 1 : Image préopératoire : Fasciite nécrosante associée à une rupture utérine à 39SA. Abdomen distendu par l'hémopéritoine.

L'utérus était gravide avec palpation de deux masses sous la peau. Les bruits du cœur du fœtus n'étaient pas perçus au stéthoscope ni au doppler fœtal. Il n'y avait pas de contraction utérine et la patiente rapportait une absence de perception des MAF depuis 5 jours.

A la vulve on notait des métrorragies de sang noirâtre fluide. Au touché vaginal, l'excavation pelvienne était vide, le col était déhiscent et le bassin cliniquement normal. Le doigtier ramenait du sang noirâtre.

A l'examen de l'appareil locomoteur, on notait la présence d'une nécrose étendue de la peau, des tissus sous-cutanés, des fascias et des tissus adjacents de la jambe et de la cuisse droite avec mise à nu du tibia (**Figure 2**).

Dans le cadre de l'examen paraclinique, l'héogramme a révélé un taux de globules blancs à $10 \times 10^3 / \mu\text{l}$, une anémie sévère (taux d'hémoglobine = 4,4 g/dl) et un taux des plaquettes à $356 \times 10^3 / \mu\text{l}$. La glycémie était de

1,13g/l. La fonction rénale était altérée (Urée= 0,53g/l, Créatinine= 171 $\mu\text{mol/l}$). Elle présentait également une cytolysé hépatique (ASAT= 233UI/l, ALAT= 96UI/l). L'échographie obstétricale a permis de confirmer la présence d'une grossesse monofœtale non évolutive de 39 SA et la présence d'un important épanchement liquidien dans la cavité abdominale. Devant ce tableau clinique et paraclinique, nous avons évoqué le diagnostic d'une rupture utérine compliquée d'une mortalité fœtale et d'une fasciite nécrosante. Le score LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) calculé sur la base des données disponibles était estimé ≥ 5 (tableau I): leucocytes 10 G/L (0 pt), créatinine 171 $\mu\text{mol/L}$ (2 pts), Hb 4,4 g/dL (3 pts), natrémie non disponible (supposez 0), glucose 1,13 g/L (0 pt), CRP non disponible (supposez ≥ 1).

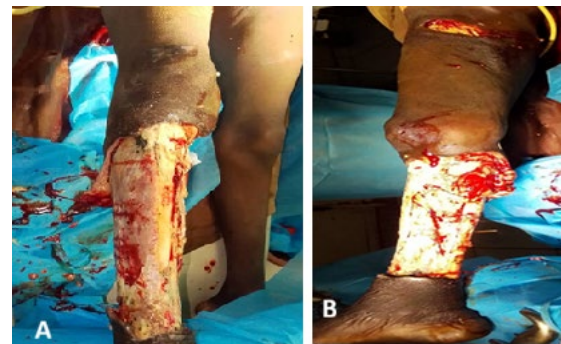


Figure 2 : A-nécrose extensive des tissus mous du membre inférieur droit avec mise à nu du tibia : image avant le parage. B- Images après débridement chirurgical.

Nous avons réalisé une laparotomie exploratrice sous anesthésie générale. A l'ouverture de la cavité abdominale, nous avons aspiré trois litres d'hémopéritoine mélangé avec du liquide amniotique et de débris fœtaux. Le fœtus et son placenta étaient libres dans la cavité abdominale. Nous avons extrait en monobloc un mort-né macéré de sexe masculin et de son placenta pesant respectivement 3200g et 600g. A l'exploration de la cavité abdominale on découvrait une rupture utérine fondique

avec nécrose extensive de l'utérus. On découvrait également des nombreuses fausses membranes et de débris fœtaux dans la cavité péritonéale.

Nous avons procédé à l'ablation des fausses membranes et des débris fœtaux suivi d'une hystérectomie totale avec conservation de l'annexe gauche, puis un lavage abondant de la cavité abdominale avec trois litres de sérum salé tiède. Deux drains ont été placés dans la cavité péritonéale. Dans un deuxième temps l'on réalisait un parage large de la fasciite nécrosante du membre inférieur droit en procédant à l'ablation des tissus nécrosés (**figure 3**). Les suites opératoires étaient simples.

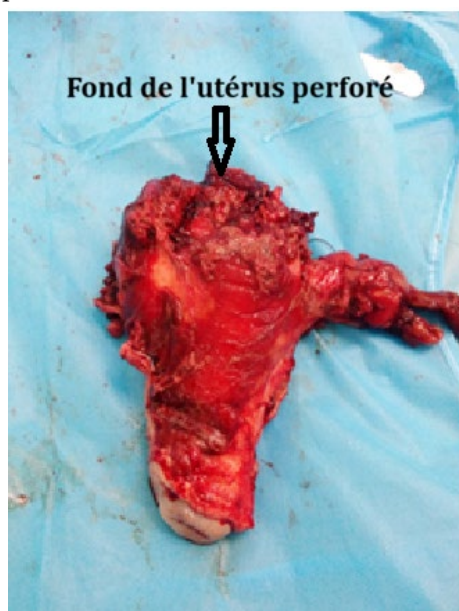


Figure. 3 Image de pièce d'hystérectomie

La patiente a bénéficié d'un protocole de réanimation : rééquilibration hydro-électrolytique (sérum salé, ringer et glucosé 5% en alternance : 1,5L/24h), antibiothérapie empirique par voie parentérale couvrant la FN type I (polymicrobienne) représentant 70-80% des FN (ceftriaxone 2 g/24 h et métronidazole 500 mg/8 h pendant 15jours), des analgésiques (paracétamol 500 mg/12 h) et des soins locaux (pansement de la plaie abdominale et du membre inférieur).

Le traitement de l'anémie a consisté en une transfusion sanguine et une supplémentation en fer par voie orale. Du fait des contraintes financières et des disponibilités, l'examen bactériologique du pu et des tissus nécrosés n'avait pas été réalisé et l'antibiothérapie empirique était poursuivie. L'évolution était favorable et à J3 post opératoire, la patiente fut transférée dans un service de chirurgie spécialisé pour la suite de la prise en charge où après 30 jours d'hospitalisation avec une évolution favorable sur le plan clinique et biologique avec début de bourgeonnement musculaire, la patiente été sortie de l'hôpital contre avis médical par manque de moyen financier. La patiente est ensuite perdue de vue. La patiente a donné son consentement pour la publication de son cas et des images qui l'accompagnent, tout en préservant son anonymat.

Tableau I: Score LRINEC selon les paramètres biologiques de la patiente

Paramètres	Valeur observée	Seuil LRINEC critique
<i>Leucocytes (G/L)</i>	10	>25 (2 pts)
<i>Créatinine (μmol/L)</i>	171	>141 (2 pts)
<i>Hémoglobine (g/dL)</i>	4,4	<13,5 (3 pts)
<i>Glycémie (g/L)</i>	1,13	>1,80 (1 pts)
<i>Natrémie (mmol/L)</i>	Non disponible	<135 (2 pts)
<i>CRP (mg/L)</i>	Non disponible	>150 (4 pts)
<i>Score total estimé</i>	≥5	≥6 (haut risque)

Le diagnostic de FN est probable pour un score LRINEC ≥5, et suspect si LRINEC ≥6 avec une sensibilité de 90% (haut risque).

Discussion

Cette observation décrit un cas de fasciite nécrosante (FN) associée à une rupture utérine silencieuse diagnostiqués à 39SA chez une paucipare de 20 ans. La patiente n'était pas

assidue aux consultations prénatales et la rupture utérine été survenu après 72h de travail d'accouchement dystocique à domicile non assisté par un personnel médical. La FN du membre inférieur droit serait apparu 48h après la rupture utérine, évoluant rapidement pour entrainer une nécrose extensive des tissus mous de la jambe et de la cuisse droite en moins de deux jours et obligeant la patiente à consulter dans une maternité de niveau II.

Cette observation est pertinente sur le plan clinique et épidémiologique. En effet, en gynécologie-obstétrique, cette observation souligne le risque sous-estimé de FN comme étant une complication méconnue de la rupture utérine anténatale dystocique, contrairement aux cas post-césarienne bien documentés (prévalence 3,6/100 000 naissances) [2,3]. Du point de vue infectiologique, l'évolution fulgurante (nécrose en 48 h) s'explique par l'immunosuppression gravidique et la compression veineuse, justifiant un score LRINEC en milieu à ressources limitées (estimé ≥ 5 ici) pour un diagnostic précoce. Épidémiologiquement, ce cas met en lumière les facteurs locaux au Niger (suivi prénatal insuffisant, accouchements domiciliés, pauvreté) favorisant un retard diagnostique (176 km parcourus, 7 jours d'évolution), avec mortalité fœtale inévitable et morbidité maternelle élevée malgré une prise en charge adaptée. La FN du membre inférieur ou de la paroi abdominale au décours de la grossesse reste rare mais le risque est accru en post-partum (jusqu'à 9 mois après l'accouchement) [6]. Au Sahel/Niger, la FN est relativement rare mais présente une mortalité élevée due à un retards diagnostic.

La fasciite nécrosante a été décrite pour la première fois en 1871 par Joseph Jones aux USA sous l'appellation de « gangrènes hospitalières » [3]. Elle est caractérisée par une évolution rapide et fatale dans 30 à 50 % des cas comme le montre cette observation où l'évolution a conduit à une exposition de l'os en 48 heures [3,7]. Sur le plan microbiologique, on distingue quatre types de FN: Le type I (polymicrobienne) le plus fréquent représentant 70 à 80 % des cas),

le type II (monomicrobienne impliquant le *Streptococcus pyogènes* ou le *Staphylococcus aureus*, 20-30 % des cas), le types III (bactéries d'origine hydrique, essentiellement rencontrés en Asie) et le type IV (d'origine fungique, essentiellement en cas de traumatisme ou d'immunodépression) [3,8]. Chez notre patiente l'examen bactériologique n'était pas réalisé par manque de moyens, aussi l'examen n'était pas disponible dans notre hôpital. L'absence de bactériologie est une des principales limites de cette étude. En effet, sans identification du germe (ex: *Clostridium*, *Streptococcus pyogenes*), il est difficile de confirmer s'il s'agit d'une translocation digestive (fréquente post-rupture utérine) ou d'un germe cutané.

Chez la femme enceinte, la grossesse et la période du post-partum peuvent masquer les premiers signes de l'infection (fièvre, douleur, érythème). De plus, l'immunodépression physiologique, la vasodilatation (due aux modifications hormonales qui accompagnent la grossesse) et la diminution du retour veineux de membres inférieurs due à la compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravidique; entraînent le développement et l'évolution plus rapide du processus infectieux par rapport à la population générale. De ce faits, le diagnostic est fréquemment tardif au stade des complications (nécrose étendue) [6, 9]. Dans cette observation, le premier signe était un nodule douloureux et érythémateux mis au second plan du fait de la douleur abdominale intense liée à la rupture utérine. La localisation à droite de la FN chez notre patiente pourrait s'expliquer par la dextrorotation de l'utérus gravidique et le travail d'accouchement prolongé et dystociques favorisant la compression et la lésion du paquet vasculo-nerveux du membre inférieur droit accentuant la diminution du retour veineux, la multiplication et le passage vasculaire et lymphatique des germes d'origine vaginale. Les germes responsables des FN peuvent également provenir de l'utérus sans

incision externe comme le montre cette observation et la série de Onuh et al [6]. La plupart des cas de FN au cours de la grossesse rapportés dans la littérature font suite à un état de traumatisme abdominal ou périnéal ou une césarienne [1-4,6]. Les injections IM constituent la porte d'entrée fréquente des germes représentant 30% environ. La cause sous-jacente dans cette observation était une rupture utérine qui est elle-même une complication grave d'un accouchement dystocique dans un environnement non médicalisé chez une patientes paucipare. A notre connaissance, cette observation est le premier cas de FN de membre inférieur anténatal pur (non pariétal), via une propagation probable des germes (dextrorotation utérine → compression veineuse droite). Aucun cas identique n'a été trouvé dans la littérature. Onuh et al [6] en 2025 au Nigeria, ont rapporté deux cas des FN pariétales post-rupture utérine silencieuse après un accouchement par voie basse. Leurs observations présentent également deux autres similitudes avec la nôtre à savoir le diagnostic tardif et l'évolution favorable sans amputation. Par ailleurs, des rare cas de FN associées à une nécrose utérine suite à une interruption médicale de grossesse ont été décrits [10]. Yagi et al, ont rapporté un cas de FN retro péritonéal après un accouchement par voie vaginale [11]. Notre observation montre que, dans les cas de FN au cours de la grossesse, toutes les sources potentielles de traumatisme, y compris la rupture utérine, doivent être prises en considération que ça soit en période prénatal ou dans le post partum, que l'accouchement soit dystocique ou eutocique.

Chez notre patiente, les diagnostics de la rupture utérine et de la FN ont été tardifs du fait d'un suivi inadéquat de la grossesse et du retard de consultation. En effet la patiente vivait en milieu rural non médicalisé et avec un faible niveau socio-économique comme en témoigne son état de dénutrition et la tentative d'accouchement à domicile. La patiente a

parcouru 176km pour arriver au lieu de sa prise en charge. Ceci montre que le diagnostic rapide de FN peut s'avérer difficile dans les environnements sous médicalisés qui ne disposent pas d'examens d'imagerie nécessaires tels que la tomодensitométrie ou d'un équipement d'analyses de laboratoire [6]. Néanmoins, notre observation montre que ces cas peuvent être bien pris en charge dans un centre à ressources limitées, par un débridement chirurgical méticuleux des tissus nécrosés, une antibiothérapie empirique, même en l'absence d'accès à des analyses microbiologiques, ainsi qu'une rééquilibration hydro-électrolytique et un soutien nutritionnel. Chez notre patiente, cette stratégie multidisciplinaire : hystérectomie conservatrice (annexe gauche préservée), débridement large (excision jusqu'à l'os viable), drains péritonéaux, réanimation (1,5 L/24h alternée) a conduit à une évolution favorable (bourgeonnement J30) sans nécessité d'amputation. Une prise en charge et une évolution similaire était rapporté par Onuh et al [6]. L'amputation est également importante dans la prise de FN du membre inférieur. Elle est justifiée pour un score LRINEC >8 ou en cas d'échec du débridement à J3, ce qui n'était pas le cas dans cette observation. Dans notre contexte de pauvreté des ménages, l'apport des services sociaux au sein des hôpitaux est indispensable pour la prise en charge des frais médicaux, des produits pharmaceutiques essentiels et l'hospitalisation. Cela pourrait éviter la sortie prématurée contre avis médicale comme le cas chez notre patiente.

Limite de l'étude : Le diagnostic de FN chez notre patiente repose principalement sur des signes cliniques et une laparotomie exploratrice, sans imagerie avancée (TDM ou IRM) ni culture bactériologique des tissus nécrosés, limitant l'identification précise du type microbiologique (polymicrobienne type I probable, mais non confirmé). L'absence de suivi à long terme (perte de vue après sortie

contre avis médical à J30 pour raisons financières) empêche d'évaluer les complications résiduelles comme l'amputation ou la récurrence infectieuse, fréquentes en cas FN (mortalité 30-50%). De plus, le lien causal entre

rupture utérine et FN reste spéculatif : propagation hématogène ou lymphatique de germes vaginaux via la dextrorotation utérine est plausible, mais non prouvée sans histologie ou PCR.

Tableau II : Comparaison des cas similaires de fasciite nécrosante au cours de la grossesse.

Référence	Année	Age	Parité	Localisation FN	Contexte	Issue maternelle
Onuh et al ⁶	2025	30 ans	10 ^e pare	Parois abdominale	Rupture segmentaire utérine post accouchement vaginale	Favorable
Onuh et al ⁶	2025	30 ans	5 ^e pare	Parois abdominale	Rupture segmentaire utérine post accouchement vaginale	Favorable
Notre cas	2025	20 ans	3 ^e pare	Membre inférieur	Rupture utérine fondique à 39 SA	Favorable (J30)

Conclusion

Ce cas rare premier du genre enrichit la littérature sur la FN anténatale compliquant une rupture utérine dystocique à domicile, plaidant pour un suivi prénatal renforcé et un score LRINEC en milieu à ressources limitées.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Nikolaou M, Zampakis P, Vervita V, Almaloglou K, Adonakis G, Marangos M et al. Necrotizing fasciitis complicating pregnancy: A case report and literature review. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*; 2014, Article ID 505410, 4P <http://dx.doi.org/10.1155/2014/505410>.
2. Oud L, Watkins P. Necrotizing fasciitis associated with pregnancy: a Population-Based Cohort Study. *Infect Dis Ther* 2014; 3(1):307–320
3. Bouzida M, Bassir A, Fakhir B, Harou K, Boukhanni L, Aboufalah A et al. Fasciite nécrosante de la paroi abdominale post-césarienne. *Int. J. Adv. Res* 2024; 12(01), 1078-1082.
4. Kang-Augera G, Chassé M, Quachd C, Ayoub A, Auger N. Necrotizing fasciitis: Association with pregnancy-related risk factors early in life. *Yale Journal of Biology and Medicine* 2021;94 (1):573-584.
5. Foeller ME, Sie L, Foeller TM, Girsan AI, Carmichael SL, Lyell DJ et al. Risk factors for maternal readmission with sepsis. *Am J Perinatol* 2020; 37(5):453–60.
6. Onuh S, Godard A, Pilasi C, Salifou D.A, Aliyu F, Nakisembo M et al. Necrotizing soft tissue infection of the abdominal wall following vaginal delivery in a ruptured uterus: a case series from Nigeria. *J Surgical Case Rep*, 2025, 9, rjaf675. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaf675>.
7. Morgan MS. Diagnosis and management of necrotising fasciitis : a multipara metric approach. *J Hosp Infect* 2010; 75(1): 249-57

8. Roujeau JC. Hypodermes et fasciites nécrosantes: critiques cliniques et facteurs de risque. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2000; 30(1): 399-405
9. Eckmann C, Montravers P. Current management of necrotizing soft-tissue infections. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2021;34(1):89-95.
10. Khoo CL, Meskhi A, Harris CP. Fatal clostridium septicum following medical termination of pregnancy. *J Obst Gynecol* 2013;33(1): 530-1.
11. Yagi H, Fukushima K, Satoh S, Nakashima Y, Nozaki M, Nakano H. Postpartum retroperitoneal fasciitis: a case report and review of literature. *Am J Perinatol*. 2005 Feb;22(2):109-13.