

UNE PRATIQUE À  
**VOTRE**  
**IMAGE**

Congrès  
Soins  
d'urgence



# CONFÉRENCE

La fasciite nécrosante:  
comment la reconnaître tôt?

Pierre Desaulniers  
Spécialiste en médecine d'urgence

**AIUQ**

# La fasciite nécrosante: Comment la reconnaître tôt?

Congrès Soins d'urgence

AIUQ

Mai 2026





Pas de conflit d'intérêt

# Objectifs

---

Identifier des signes et symptômes permettant de suspecter une fasciite dès le triage

---

Identifier les facteurs de risque associés aux 2 principaux types de fasciite

---

Connaitre qu'elle est la priorité absolue au niveau du traitement

PAS POUR LES  
SONS AUX PATIENTS



9-3  
2:40

9-3  
8:40









*Prof Samuel Jackson dest  
with kind regards to  
Prof Stewart*

OUTLINE OF OBSERVATIONS

HOSPITAL GANGRENE

As it manifested itself in the Confederate Armies,

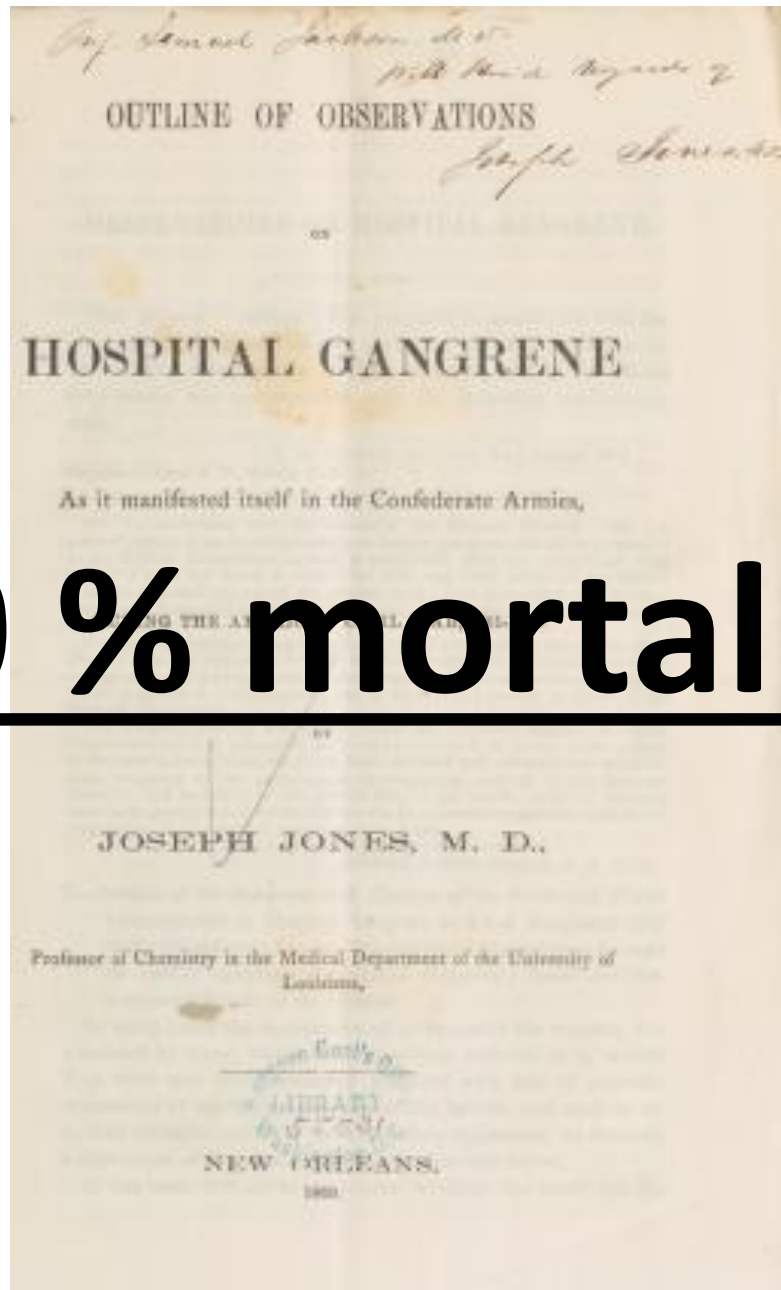
During the American Civil War, 1861-1865.

BY  
JOSEPH JONES, M. D.,

Professor of Chemistry in the Medical Department of the University of  
Louisiana,

NEW ORLEANS.

1865.



**50 % mortalité**

- "Many were attacked by the erysipelas all over the body when the exciting cause was a trivial accident or a very small wound ...
- Flesh, sinews and bones fell away in large quantities. The flux which formed was not like pus but a different sort of putrefaction with a copious and varied flux... The bones were bared and fell away, and there were copious fluxes. Fever was sometimes present and sometimes absent... There were many deaths. The course of the disease was the same to whatever part of the body it spread. Many lost the arm and the entire forearm. But the most dangerous cases of all such cases were when the pubes and genital organs were attacked."

- Plusieurs étaient atteints après un incident trivial ou une très petite plaie

t  
accident or a very small wound ...

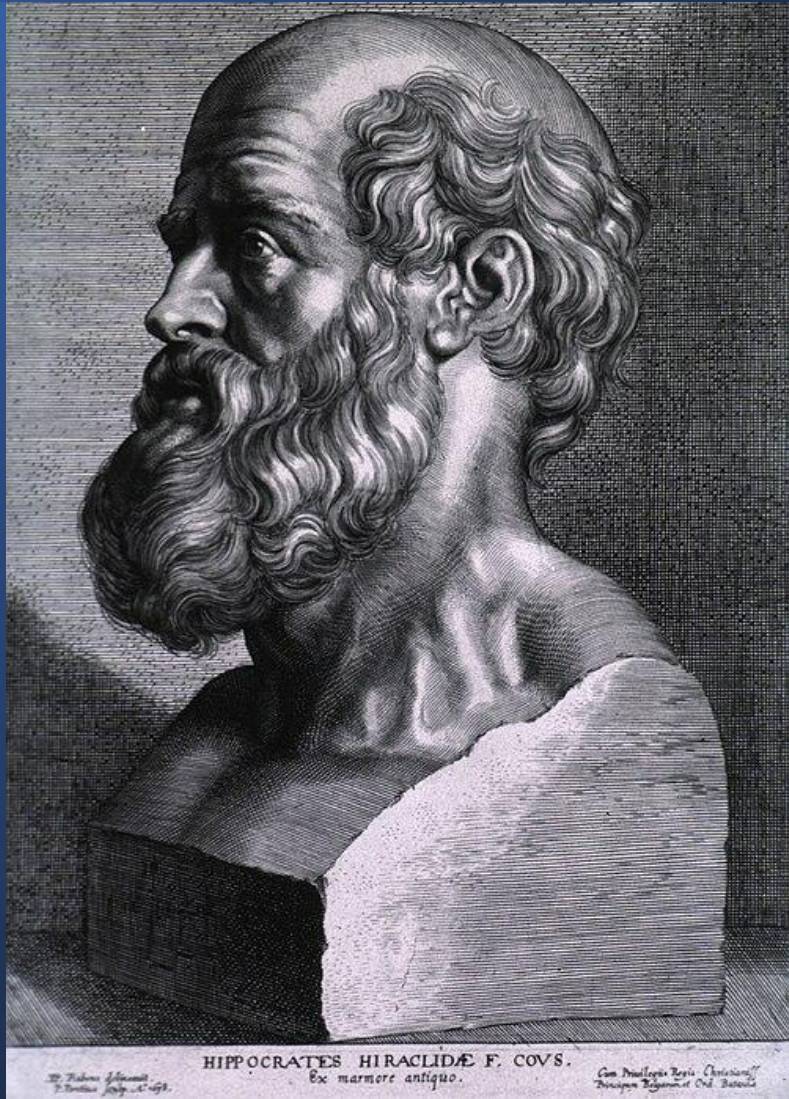
- . Flesh, sinews and bones fell away in large

q  
b  
a  
L 'écoulement n'était pas comme du pus ,mais une putréfaction copieuse

away, and there were copious fluxes. Fever was

s  
v  
t  
" y avait beaucoup de morts...plusieurs perdaient l'avant-bras ou le bras

Many lost the arm and the entire forearm. But the most dangerous cases of all such cases were when the pubes and genital organs were attacked."



- Plusieurs étaient atteints après un incident trivial ou une très petite plaie

accident or a very small wound ...

- . Flesh, sinews and bones fell away in large

L'écoulement n'était pas comme du pus ,mais une putréfaction copieuse

away, and there were copious fluxes. Fever was

Il y avait beaucoup de morts...plusieurs perdaient l'avant-bras ou le bras

Many lost the arm and the entire forearm. But the most dangerous cases of all such cases were when the pubes and genital organs were attacked."

Hippocrate 300-500 AC

Pourquoi faut pas manquer le Dx trop souvent ?

Pourquoi faut pas manquer le Dx trop souvent ?

Mortalité 10-  
20 %

Amputations  
15 %

Atteinte  
fonctionnelle  
sévère 30 %

# Pourquoi faut pas retarder le diagnostic ?

Débridement < 6h  
Mortalité 19 %

Débridement > 6 h  
Mortalité 32 %

3 types

---

I Polymicrobien

---

II Streptocoque du  
groupe A

---

III Aquatique  
(Aéromonas et Vibrio)

---

# I Polymicrobien

Comorbidités +

---

# II Streptocoque du

Comorbidités BOF... post trauma

---

# III Aquatique (Aéromonas et Vibrio)

## II Streptocoque du groupe A

50 %

- Plaies mineures ou majeures / chirurgies / injections IV
- Dermatite « X »

50 %

- Pas de porte
- 10 % ?? Trauma mineur



Est-ce que je  
crains une fasciite  
ou pas ?

# Classiques: position de CAEP 2024

- Douleur disproportionnée
- Tissu infiltré-dur > atteinte cutanée
- Douleur à la palpation > érythème
- Atteinte systémique AEC
- Crépitants- emphysème S-C
- Bulles
- Nécrose cutanée ou ecchymoses



	<b>FN + N= 297</b>	<b>FN – N= 65</b>	<b>P</b>
Douleur disproportionnée	103 35 %	15 23 %	0.07
Bulles	50 17 %	12 19 %	0.08
Peau violacée	130 44 %	10 15 %	0.01
Sepsis	193 65 %	24 37 %	0.01
Crépitations	82 28 %	4 6 %	0.01

Variable	LR +
Chirurgie récente	7
Douleur disproportionnée	4,5
Fluctuance	3
Bulles hémorragiques	8
Nécrose cutanée	30

Oui mais, la progression rapide ???

Pas dans la  
littérature

Probablement  
significatif si autre  
critère de  
suspicion

Lactates chez  
les 297  
patients FN + ?



Lactates chez  
les 297  
patients FN + ?

2,2

Open access

4th World Trauma Congress Article

Trauma Surgery  
& Acute Care Open

## Chance to cut: defining a negative exploration rate in patients with suspected necrotizing soft tissue infection

Erin C Howell,<sup>1</sup> Jessica A Keeley,<sup>2</sup> Amy H Kaji,<sup>3</sup> Molly R Deane,<sup>1</sup> Dennis Y Kim,<sup>1</sup> Brant Putnam,<sup>1</sup> Steven L Lee,<sup>4</sup> Alexis L Woods,<sup>5</sup> Angela L Neville<sup>1</sup>

Howell EC, et al. Trauma Surg Acute Care Open 2019;**4**:e000264. doi:10.1136/tsaco-2018-000264

# Suspicion

---

Aucun signe -symptôme = confirmer ou infirmer le Dx

---

Cellulite très souffrante

---

Zone douloureuse plus grande que cellulite

---

Post trauma mineur

Post op

Cellulite septique



# Suspicion

---

Aucun signe -symptôme = confirmer ou infirmer le Dx

---

Cellulite très souffrante

---

Zone douloureuse plus grande que cellulite

---

Post trauma mineur

Post op

Cellulite qui devient septique



# Labos

- Score de LRINEC

- CRP ?

Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis		
CRP (mg/dL)	<15	0
	≥15	4
WBC (per mm <sup>3</sup> )	<15	0
	15-25	1
	>25	2
Hemoglobin (g/dL)	>13.5	0
	11-13.5	1
	<11	2
Sodium (mEq/L)	≥135	0
	<135	2
Creatinine (mg/dL)	≤1.6	0
	>1.6	2
Glucose (mg/dL)	≤180	0
	>180	1
Composite Score	Score < 6	Low Risk
	Score 6-7	Intermediate
	Score ≥ 8	High Risk

# Labos

- Score de LRINEC

Variable	No. of Studies (No. of Patients)	Sensitivity (95% CI), %	Specificity (95% CI), %	Positive LR (95% CI)	Negative LR (95% CI)
<b>LRINEC score</b>					
≥6	14 (4,339)	68.2 (51.4-84.8)	84.8 (75.8-90.9)	4.49 (2.74-7.35)	0.38 (0.24-0.60)
≥8	9 (1,905)	40.8 (28.6-54.2)	94.9 (89.4-97.6)	7.94 (3.44-18.32)	0.62 (0.50-0.78)

CI, Confidence interval; LR, likelihood ratio.

- CRP ?

CRP ≥ 150    LR + 2

A close-up photograph of a hand hovering just above a smartphone screen. The screen displays a green laser grid pattern, which is a common feature in fingerprint sensors. The text « Finger test » is overlaid in white on the screen. The background is dark, and the lighting is focused on the hand and the screen.

« Finger test »

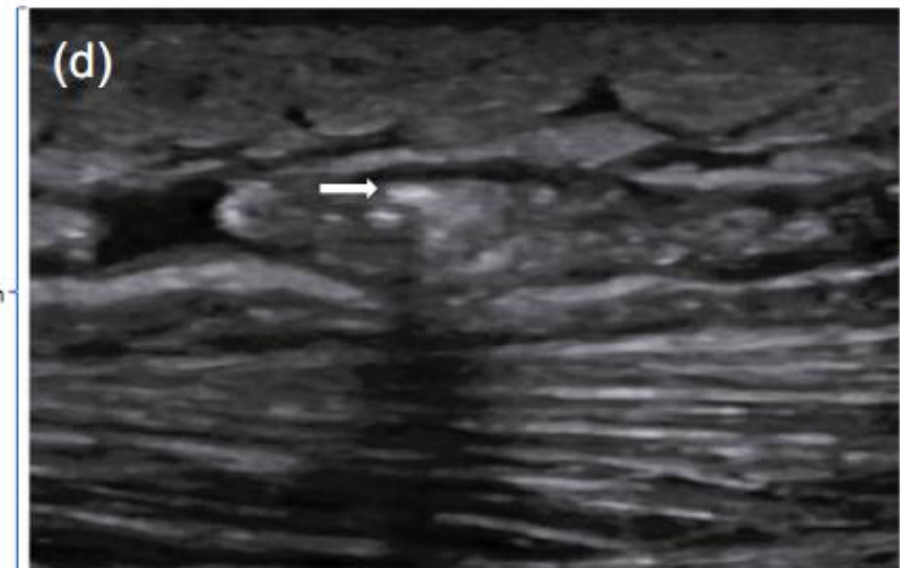
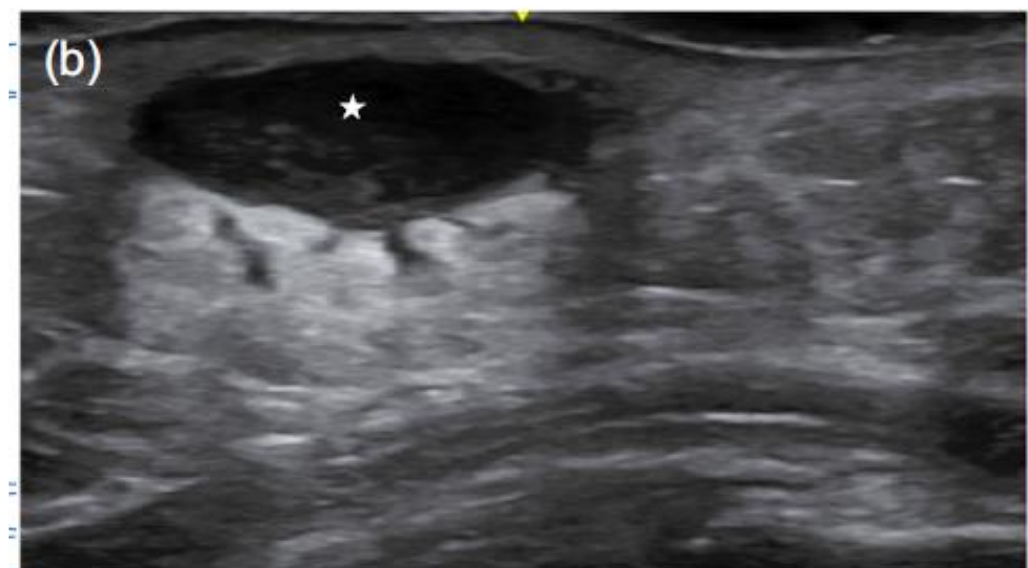
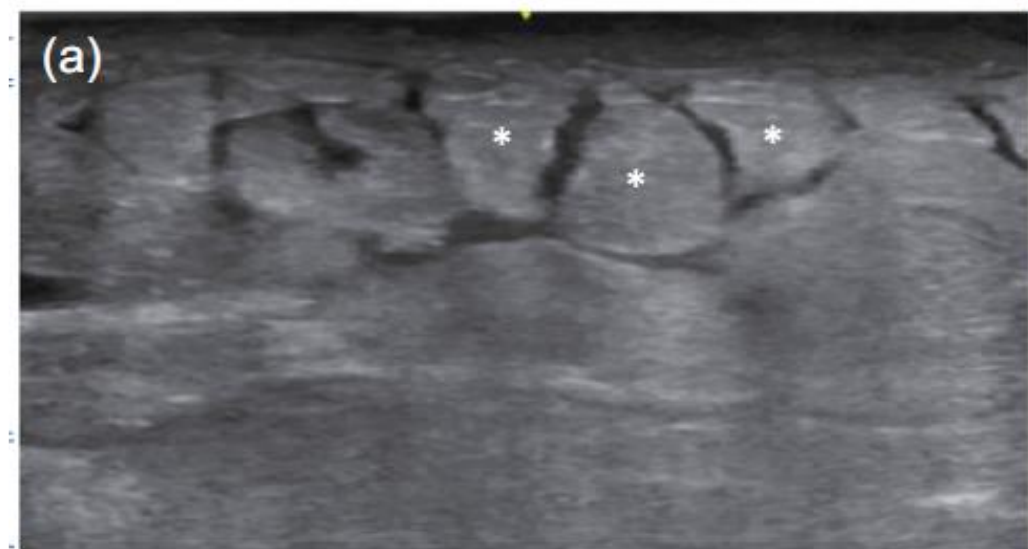


Imagerie  
Radios  
simples-CT

		Sensibilité	Spécificité
Radios simples		49 %	94 %
CT		80-100 %	93-98 %
CT	Gaz seulement	89 %	93 %
CT	Gaz ou œdème fascia ou liquide	94 %	77 %

# Attention

	<b>NF + N=297</b>	<b>NF - N=65</b>	<b>p</b>
Gaz radios	53	7	0,2
Gaz CT	152	20	0,01
Œdème muscle-fascia	65	14	1
IRM	6	1	0,8



# Écho

	Sensibilité	Spécificité
Globale	85-100 %	45-98 %
Sensibilité maximale : liquide péri-fascia	72-93 %	30-60 %
Spécificité maximale : emphysème s-c	1-17 %	93-100 %

# Antibiotiques

Pipéracilline-  
Tazobactam  
4,5 g IV

Clindamycine  
900 mg IV q  
8h

Vancomycine  
20-25 mg/kg  
IV





Les meilleurs antibiotiques ne pénètrent pas le tissu nécrosé...



Traitement ultime

# Messages

- Diagnostic précoce essentiel et clinique
- Combinaison de signes-symptômes
- Signes vitaux sont importants
- Traitement final est chirurgical:  
exploration négative n'est pas la fin du monde





## Canadian Emergency Department Best Practices Checklist for Skin and Soft Tissue Infections Part 3: Necrotizing Fasciitis

Krishan Yadav<sup>1,2,3</sup> · Robert Ohle<sup>4,5,6</sup> · Justin W. Yan<sup>7,8</sup> · Debra Eagles<sup>1,2,3</sup> · Jeffrey J. Perry<sup>1,2,3</sup> · Rosemary Zvonar<sup>2,9</sup> · Maria Keller<sup>10</sup> · Caroline Nott<sup>2,11</sup> · Vicente Corrales-Medina<sup>2,11</sup> · Laura Shoots<sup>12,13</sup> · Evelyn Tran<sup>14</sup> · Kathryn N. Suh<sup>2,11</sup> · Philip W. Lam<sup>15,16</sup> · Laura Fagan<sup>1</sup> · Nuri Song<sup>17</sup> · Erica Dobson<sup>18</sup> · Denise Hawken<sup>18</sup> · Monica Taljaard<sup>2,3</sup> · Lindsey Sikora<sup>19</sup> · Jamie Brehaut<sup>2,3</sup> · Ian G. Stiell<sup>1,2,3</sup> · Ian D. Graham<sup>2,3</sup> · for the Network of Canadian Emergency Researchers

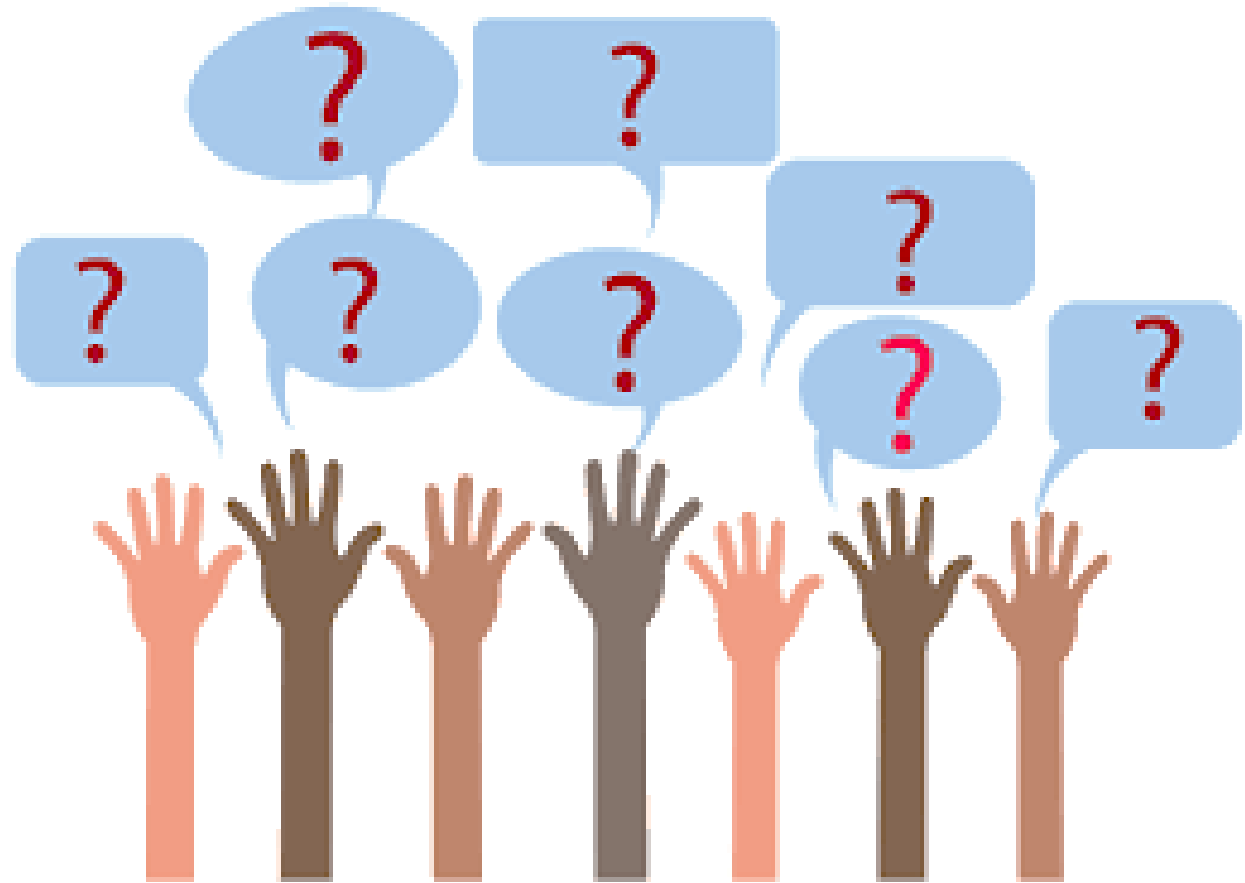
Received: 29 May 2024 / Accepted: 10 June 2024 / Published online: 12 July 2024

© The Author(s), under exclusive licence to the Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)/ Association Canadienne de Médecine d'Urgence (ACMU) 2024

# Références sélectionnées

- Chen,L.L (2020) « Necrotizing fasciitis : a comprehensive review .» [Nursing2020](#) **50** (9) : 36-40
- Brenna,MR (2019) « Necrotizing fasciitis: infection identification and management » Brennan,M.R. [Nursing2019criticalcare](#) **14** (1): 7-11
- Bisgaard, E. K. and E. M. Bulger (2024). "Current diagnosis and management of necrotizing soft tissue infections: What you need to know." [J Trauma Acute Care Surg](#) **97**(5): 678-686.
- Kim, D. Y., et al. (2024). "Prospective derivation and validation of a necrotizing soft tissue infections score: An EASTmulticenter trial." [J Trauma Acute Care Surg](#) **97**(6): 910-917.
- Fernando, S. M., et al. (2019). "Necrotizing Soft Tissue Infection: Diagnostic Accuracy of Physical Examination, Imaging, and LRINEC Score: A Systematic Review and Meta-Analysis." [Ann Surg](#) **269**(1): 58-65.
- Pelletier, J., et al. (2022). "Necrotizing Soft Tissue Infections (NSTI): Pearls and Pitfalls for the Emergency Clinician." [J Emerg Med](#) **62**(4): 480-491.
- Marks, A., et al. (2023). "Ultrasound for the diagnosis of necrotizing fasciitis: A systematic review of the literature." [Am J Emerg Med](#) **65**: 31-35.
- Yadav, K., et al. (2024). "Canadian Emergency Department Best Practices Checklist for Skin and Soft Tissue Infections Part 3: Necrotizing Fasciitis." [CJEM](#) **26**(9): 607-611.

• Merci !



# Prophylaxie ?

- Travailleurs
- 7 jours avant Dx et 24 h post Rx
- Contact avec peau non intacte ou muqueuses
- EPI suffisant
  
- Famille
- Contact régulier
- 4 h par jour ou plus – 20 h en 7 jours