



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Lettres à la rédaction

La chirurgie gynécologique à l'épreuve de l'infection à COVID-19. Quelles recommandations formuler ?



Gynecological surgery during the COVID-19 pandemic: Take home messages

INFO ARTICLE

Mots clés :

COVID-19
Coronavirus
SARS-CoV-2
Chirurgie gynécologique
Cœlioscopie

Keywords:

COVID-19
Coronavirus
SARS-CoV-2
Gynecological surgery
Laparoscopy

Pire crise affrontée par l'Humanité depuis 1945 selon l'ONU, la pandémie de COVID-19 qui sévit actuellement désarçonne, au-delà de nos vies, nos pratiques professionnelles. La gravité de cette situation bouleversante a eu pour corollaire une mobilisation nationale sans précédent. Le plan blanc déclenché par notre ministre de la Santé en date du 12 mars 2020 stipule qu'il est « demandé à tous les établissements de déprogrammer sans délai, et sans préjudice de perte de chance pour les patients, toutes les interventions chirurgicales non urgentes nécessitant un recours à la réanimation postopératoire ou à la surveillance continue ». Priorité est ainsi donnée à la chirurgie d'urgence ainsi qu'aux interventions oncologiques ne pouvant être différées sans induire une perte de chance. Cette situation inédite conjuguant une activité soutenue à une capacité d'accueil dorénavant restreinte a abouti à cette déprogrammation dont l'objectif est de prioriser l'accueil des « patients COVID-19 ». Elle impose dès lors l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement. L'information de la patiente quant à la logique de report de l'intervention doit cependant lui être expliquée avec tact en faisant prévaloir l'intérêt collectif qui impose inévitablement de consacrer l'ensemble des ressources humaines et techniques au traitement des patients COVID-19 (augmentation significative des capacités de soins critiques, épargne des équipes soignantes, des lits d'hospitalisation, des respirateurs...) sans pour autant occulter la situation individuelle (une intervention chirurgicale rendant plus vulnérable vis-à-vis d'une infection respiratoire). Cette information doit également

cibler de manière plus large l'ensemble de l'équipe en charge de la patiente lorsque celle-ci est infectée (ou suspectée comme telle) par le COVID-19.

Nos autorités de santé exhortant à des mesures d'hygiène préventive renforcées, il nous a paru important de diffuser des recommandations relatives à la pratique de la chirurgie gynécologique afin notamment de promouvoir la protection tant des patientes que du corps soignant vis-à-vis du Coronavirus. Celles-ci s'appuient pour certaines sur celles émises par des Sociétés Savantes telles que l'AAGL, l'ESGE, la SCGP et relayées par le CNGOF que nous avons synthétisées ; elles sont susceptibles d'évoluer dans le temps, au fur et à mesure que ce virus nous délivrera ses secrets [1–4]. En effet, il faudra considérer que la patiente est possiblement contaminée afin de prévenir les infections croisées. Le COVID-19 est à tropisme pulmonaire et se transmet essentiellement par des gouttelettes respiratoires, par contact conjonctival (oculaire) mais aussi par contamination oro-fécale. Les particules virales induisent l'infestation cellulaire par une endocytose relayée par le récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II présent sur les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires mais également du tube digestif (œsophage, intestin grêle et côlon). La période d'incubation (qui rend la patiente asymptomatique potentiellement contagieuse) est de l'ordre de 1 à 14 jours, un test par PCR n'excluant pas formellement le portage viral. Il est établi que le virus COVID-19 est présent dans le sang des patients infectés. La présence de particules virales telles que le VIH ou le HPV dans les émanations de fumée chirurgicale de patients infectés est par ailleurs documentée, ainsi que son inhalation par le personnel soignant [5–10]. L'on ne dispose en revanche actuellement d'aucune preuve tangible suggérant que le COVID-19 puisse être transmissible à l'équipe de soins lors de la réalisation d'actes de chirurgie abdomino-pelvienne. Cette chirurgie doit néanmoins obéir à des règles strictes afin de ne pas surexposer les professionnels et les patientes qu'ils sont amenés à côtoyer à un risque avéré (ou pas !) de contamination selon le principe de précaution.

La ligne conductrice guidant au cas par cas la décision d'opérer ou pas est qu'il faut limiter les interventions chirurgicales relevant du recours à un respirateur et une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), notamment pour ce qui est de la chirurgie lourde dont la prise en charge peut nécessiter un transfert en services de soins intensifs ou de réanimation. Une opération qui ne peut être différée (urgences cancérologiques, hémorragiques, infectieuses, grossesse ectopique, torsion d'annexe) ne pose guère de problème d'appréciation quant au délai de prise en charge. Les interventions qu'il convient de maintenir concernent ainsi la prise en charge des :

- cancers avérés. En cas de patiente COVID-19 positive, il faut différer l'intervention et tout autre traitement oncologique d'au moins une quinzaine de jours ;

- ménorragies anémiantes en dépit d'un traitement médical ;
- aspirations pour grossesse arrêtée ou rétention post-abortum.

Le maintien ou pas de ces interventions doit se décider au regard de la balance entre la perte de chances induite par l'absence de prise en charge chirurgicale et les risques liés aux soins, dans ce contexte pandémique. En l'occurrence, ces indications ont été retenues afin de ne pas grever le pronostic des cancers opérables et aggraver le retentissement de l'anémie lorsque les saignements perdurent dans un contexte de ménorragies. L'on pourrait s'interroger sur la réponse à apporter aux patientes s'agissant de pathologies ne mettant pas en péril leur vie, comme dans l'endométriome, alors même que le recours aux antalgiques et l'hormonothérapie ne les soulagent plus ; et que dire de l'utilisation actuellement formellement déconseillée du recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens chez ces mêmes patientes, dans un contexte d'infection à COVID-19 ?

La prise en charge chirurgicale des kystes organiques de l'ovaire et des métrorragies post-ménopausiques se fera au cas par cas. La liste, non exhaustive, des interventions qu'il est préférable de reporter, validée par la SCGP et le CNGOF comporte la prise en charge des :

- prolapsus urogénitaux et des troubles de la continence urinaire ;
- fibromes utérins sans retentissement vital (anémie...) ;
- chirurgies de la fertilité ;
- hystérectomies pour lésions bénignes ;
- conisations pour lésion CIN 2-3 ;
- résections de polype en l'absence de signes péjoratifs.

1. Précautions préopératoires

La salle d'opération devrait, si possible, être en dépression afin de limiter la propagation virale à l'extérieur de la salle et la contamination tant du personnel et des patientes que du matériel et des surfaces.

Une concertation anesthésique et chirurgicale au cas par cas permet de valider le choix de la voie d'abord et les modalités de l'anesthésie considérant que les voies d'abord mini-invasives et vaginales sont associées à une morbidité plus faible, ainsi qu'à une durée d'hospitalisation plus courte. La chirurgie minimale invasive prend là tout son sens. La coelioscopie, bien que pourvoyeuse d'aérosols (de par le pneumopéritoine) pouvant contenir des virus, doit être privilégiée, si l'intervention s'y prête et si l'état hémodynamique et ventilatoire le permet afin de minimiser l'effet détrimental de l'incision pariétale sur la fonction ventilatoire postopératoire. D'aucuns ont émis l'hypothèse qu'il fallait recourir à la laparotomie quant à la limitation de la contamination de l'environnement périopératoire [11,12]. De notre point de vue, maintenir le recours aux voies minimales invasives doit demeurer un objectif. En effet, la voie ouverte ne protège pas de l'exposition aux liquides biologiques et à la fumée alors même que la coelioscopie « confine » ces milieux susceptibles d'être contaminés dans un environnement clos, si toutefois les précautions que nous allons énumérer sont appliquées. Il faut ainsi se garder de la préférence laparotomique à tout prix, sous peine d'alourdir, aussi, la rançon postopératoire pour la patiente (douleurs, séjours prolongés, préjudice ventilatoire) [13]. Il n'y a, en l'état actuel, pas de raison pour modifier les recommandations existantes en faveur de la voie d'abord la moins invasive. Au moindre doute ou en cas de manque d'expérience en coelioscopie, une laparotomie devra être privilégiée. Un passage en revue assorti d'une préparation de tout le matériel nécessaire est un préalable

nécessaire afin d'éviter absolument des vas-et-viens répétitifs. Le risque d'exposition de l'ensemble des surfaces de la salle (murs, plafond, mobilier...) aux particules virales doit aussi être pris en compte. Au regard de ces éléments, l'équipement en salle d'intervention doit être limité au strict nécessaire, le recours au matériel à usage unique étant aussi privilégié afin de faciliter la logistique de la stérilisation.

Le nombre d'intervenants doit être réduit au minimum essentiel à la bonne exécution de l'opération, sans échange de personnel en cours d'opération (les étudiants et stagiaires ne seront pas admis) afin de limiter l'exposition mais également préserver les ressources en équipement en ces temps de relative pénurie ! La porte de la salle doit demeurer fermée, les participants ne sortant pas de la salle durant l'opération (lorsqu'un membre de l'équipe est amené à quitter la salle, il ne doit pas y re-rentrer). Enfin, cela va sans l'écrire mais cela ira mieux en l'écrivant : penser à utiliser un stylo jetable, laisser les effets personnels comme le téléphone portable, le badge, les clés... en dehors de la salle d'opération.

2. Précautions interventionnelles

Il est recommandé que toute personne travaillant dans la salle d'opération utilise un équipement de protection individuelle complète comportant des sur-chaussures, des casques imperméables, des masques chirurgicaux au mieux de type FFP2, un couvre-tête, des gants et une protection oculaire. Il faut minimiser autant que faire se peut le temps passé en salle. La patiente doit également être équipée, en plus d'une charlotte dissimulant sa chevelure, d'un masque chirurgical lors de son acheminement jusqu'en salle d'intervention (et doit le garder s'il s'agit d'une rachianesthésie). Les procédures anesthésiques comme l'intubation trachéale et la ventilation au masque avant l'intubation sont pourvoyeuses de particules aérosolisées susceptibles de favoriser la transmission des Coronavirus. En cas de survenue de toux, de vomissements du sujet, les équipements de protection individuelle doivent être changés. Aussi, le choix d'une rachianesthésie doit être privilégié lorsque cela est possible pour la réalisation de procédures autres que coelioscopiques.

3. Précautions s'appliquant à la chirurgie coelioscopique

Il convient de :

- tester le matériel avant l'incision (matériel d'électrocoagulation, ciseaux, système de lavage-aspiration...) ;
- incisions appropriées pour l'introduction des trocars, en évitant des incisions trop larges sujettes à des retraits intempestifs ;
- veiller à insérer les trocars robinets fermés (pour ceux qui en sont dotés) afin d'éviter toute fuite de gaz lors de leur insertion ;
- utiliser des trocars à ballonnets afin de diminuer la fuite de gaz ;
- travailler à des basses pressions, de l'ordre de 8 mmHg (voire moins si des dispositifs de contrôle électronique du pneumopéritoine sont disponibles) ;
- limiter autant que possible l'introduction et le retrait d'instruments ;
- lorsque le recours à des dispositifs d'électrochirurgie (coagulation et section) est nécessaire, veiller à minimiser l'aérosolisation (réglage de faible puissance et évitement des temps de dessiccation prolongés) ;
- recourir à des insufflateurs dotés de filtre à fumée (ultrafiltration) s'ils sont accessibles. En effet, la filtration de certains dispositifs actuels pourrait représenter une barrière efficace (aucune étude ne vient cependant corroborer cela) quant à la diffusion des particules virales (filtration de 0,01 µm alors que la

taille aérodynamique du COVID-19 se situe entre 0,06 et 0,14 μm pour le dispositif AirSeal® qui permet également de travailler à basse pression) [14] ;

- proscrire absolument la fuite intentionnelle de fumée pour éclaircir le champ opératoire (« effet cheminée »). Utiliser le système d'aspiration pour évacuer la fumée ;
- aspirer la totalité du pneumopéritoine lorsqu'une incision auxiliaire est nécessaire (par exemple agrandissement pariétal ou ouverture vaginale afin d'ôter une pièce opératoire, laparotomie) et en fin de geste lors de l'extubation, avant de procéder au retrait des trocars. Si un trocart qui a été ôté doit être réintroduit, le réinsérer avant de recréer le pneumopéritoine au CO_2 ;
- l'ablation des trocars opératoires doit s'effectuer lentement, après l'évacuation du pneumopéritoine, et n'est de facto plus possible sous vision directe. Afin d'éviter une incarceration de l'épiploon ou d'une anse grêle sur l'incision péritonéo-aponévrotique, l'on peut recourir à un dispositif à bout mousse (une sonde par exemple) lors de la manœuvre de retrait.

4. Précautions s'appliquant à la chirurgie vaginale et laparotomique

Des préoccupations similaires s'appliquent quant à la limitation des procédés générateurs d'aérosols potentiellement contaminés. Une attention particulière doit être accordée à la voie vaginale du fait des avantages qu'elle octroie comparativement à la voie abdominale ouverte s'agissant de la morbidité associée (en cas d'obésité ou de diabète par exemple) et en termes de durée de séjours hospitaliers sensiblement raccourcis.

Plus spécifiquement pour ces voies d'abord, il est recommandé de :

- limiter autant que possible le recours à l'électrochirurgie et aux dispositifs utilisant les ultrasons pour la coagulation et la dissection. Si leur utilisation est requise, veiller à utiliser la puissance la plus faible possible et éviter les temps prolongés de dessiccation tissulaire (la vaporisation favorisant la création d'aérosols) ;
- aspirer les fumées à la source (tenir le dispositif au plus près de la zone de production des aérosols, idéalement à moins de 2 cm) ;
- minimiser autant que faire se peut la projection des gouttelettes de liquide biologique tel que le sang.

5. Précautions s'appliquant à l'hystérocopie

La transmission virale est théoriquement faible, bien que le recours à l'électrochirurgie dans un milieu liquide (solution saline en courant bipolaire et glycolle en courant monopolaire) représente un risque potentiel quant à la génération d'aérosols. Des précautions sont recommandées quant aux fuites de liquide de distension potentiellement souillé.

6. Précautions vis-à-vis de la période postopératoire

Des mesures de protection strictes appliquant les exigences des comités de lutte contre l'infection (CLIN et hygiène) et des infectiologues doivent être adoptées par le personnel soignant et de nettoyage au niveau de la salle d'opération et de SSPI, notamment s'agissant de l'élimination des déchets contaminés ou considérés comme tels. Un point particulier réside dans le déshabillage des soignants qui doivent observer scrupuleusement les règles de bonne pratique (friction hydro-alcoolique des mains

immédiatement après l'ablation des gants, dépôt en salle, dans des containers dédiés, des casaques, gants, sur-chaussures, puis nouvelle friction hydro-alcoolique des mains) afin de diminuer l'impact sur la contamination environnementale.

Lorsque cela est possible, la patiente doit être surveillée en salle d'opération sans aller en SSPI jusqu'à ce qu'elle puisse être transférée en chambre. Le secteur d'hospitalisation doit être adapté à l'état respiratoire de la patiente. Si son état ne relève pas d'une admission en service de réanimation ou de soins intensifs, un hébergement en chambre individuelle dans un secteur spécifiquement dédié, afin de diminuer le risque d'infection croisée, doit être réalisé.

Les visites sont généralement prohibées et il est important d'évoquer la question en amont (avant la prise en charge chirurgicale) avec la patiente et son entourage ; toutefois, afin de préserver le lien, informer sur l'état de santé de la patiente et amoindrir l'inquiétude des proches qui ne peuvent se rendre à l'hôpital, des moyens de communication dématérialisés (via téléphone, tablette offrant des logiciels d'appels vidéo) sont d'une aide précieuse.

Il convient toutefois de prendre en compte des spécificités locales quant à l'organisation des systèmes de soin afin de permettre à chaque établissement de s'organiser selon ses contraintes et possibilités, en vertu des recommandations locales, notamment de leur ARS, et sur la base de décisions partagées avec les professionnels engagés sur le terrain. À titre d'exemple, une visite auprès des enfants ou des sujets dépendants par exemple devrait être consentie, en veillant à ce que ladite visite satisfasse au respect scrupuleux des gestes barrières, avec la contribution de l'équipe soignante. Enfin, il est plus que jamais devenu impératif d'intégrer, lorsque cela est possible, la chirurgie ambulatoire au parcours patient.

7. En guise de conclusion...

« Ce qui ne peut être évité, il faut l'embrasser » écrivait Shakespeare. Nous affrontons une situation inédite mettant à l'épreuve l'ensemble des systèmes de santé de la planète. Cette crise sanitaire soulève des inquiétudes légitimes, notamment en matière de prise en charge chirurgicale gynécologique. Bien que des zones d'ombre subsistent, et dans l'attente que le COVID-19 puisse répondre à un remède et/ou succombe, comme toute chose, à l'exercice du temps, les recommandations que nous avons formulées devraient s'appliquer sans équivoque en vertu du principe de précaution.

Pour ce qui est des prises en charge de l'infection par le COVID-19 chez la femme enceinte et des cancers gynécologiques en cette période de pandémie, le lecteur pourra puiser les propositions de recommandations dans 2 articles en ligne rédigés sous l'égide du CNGOF, sur le site de ce même journal [15,16].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] European Society for Gynaecological Endoscopy. European Society ESGE Recommendations on Gynaecological Laparoscopic Surgery during COVID-19 Outbreak. <https://esge.org/wp-content/uploads/2020/03/Covid19StatementESGE.pdf>. [Consulté le 31 mars 2020].
- [2] AAGL – Elevating Gynecologic Surgery. Joint Society Statement on Elective Surgery during COVID-19 Pandemic. <https://www.aagl.org/news/covid-19-joint-statement-on-elective-surgeries/>. [Consulté le 31 mars 2020].
- [3] <https://www.scgp-asso.fr/actualites/recommandations-de-la-scgp-face-au-covid-19/>. [Consulté le 5 avril 2020].
- [4] Kimmig R, Verheijen RHM, Rudnicki M, Council SERGS. Robot assisted surgery during the COVID-19 pandemic, especially for gynecological cancer: a state-

- ment of the Society of European Robotic Gynaecological Surgery (SERGS). *J Gynecol Oncol* 2020. <http://dx.doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e59>.
- [5] Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020;579:270–3.
- [6] Zhang H, Kang Z, Gong H, Xu D, Wang J, Li Z, et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCoV infection: a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes. *bioRxiv* 2020 [<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.30.927806v1>]. Consulté le 31 mars 2020.
- [7] Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.
- [8] European Center For Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union; 2020 [consulté le 31 mars 2020] <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-public-health-management-contact-novel-coronavirus-cases-EU.pdf>.
- [9] Chen N, Zhou M. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020;395(10223):507–13.
- [10] Neumann K, Cavalari M, Rody A, Friement L, Beyer DA. Is surgical plume developing during routine LEEP contaminated with high-risk HPV? A pilot series of experiments. *Arch Gynecol Obstet* 2018;297:421–4.
- [11] Ramirez PT, Chiva L, Eriksson AGZ, Frumovitz M, Fagotti A, Gonzalez Martin A, et al. COVID-19 global pandemic: options for management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer* 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2020-001419>.
- [12] Royal College of Surgeons. Updated Intercollegiate General Surgery Guidance on COVID-19. <https://www.rcseng.ac.uk/coronavirus/joint-guidance-for-surgeons-v2/>. [Consulté le 14 avril 2020].
- [13] Morris SN, Fader AN, Milad MP, Dionisi HJ. Understanding the “Scope” of the problem: why laparoscopy is considered safe during the COVID-19 pandemic. *J Minim Invasive Gynecol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2020.04.002>; <https://airseal.prim.es/wp-content/uploads/2020/03/Comunicado-CONMED-uso-AirSeal-iFS-coronavirus-Covid-19.pdf>. [Consulté le 5 avril 2020].
- [15] Peyronnet V, Sibuide J, Deruelle P, Huisoud C, Lescure X, Lucet JC, et al. Infection par le SARS-CoV-2 chez la femme enceinte. État des connaissances et propositions de prise en charge. *CNGOF*. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.014>. [Consulté le 9 avril 2020].
- [16] Akladios C, Azais H, Ballester M, Bendifallah S, Bolze PA, Bourdel N, et al. Recommandations pour la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques en période de pandémie COVID-19. Groupe FRANCOGYN pour le CNGOF. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.017>. [Consulté le 9 avril 2020].

E. Nohuz^{a,*}, G. Dubernard^b, G. Lamblin^a, K. Lebaill-Carval^a, P. Chabert^a, G. Chêne^{a,c}

^aService de gynécologie-obstétrique, hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME), hospices civils de Lyon, 59, boulevard Pinel, 69120 Lyon-Bron, France

^bService de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Croix-Rousse, hospices civils de Lyon, 103, Grande Rue de la Croix-Rousse, 69004 Lyon, France

^cEMR 3738, université Claude-Bernard Lyon 1, 69000 Lyon, France

*Auteur correspondant

Adresse e-mail : erdogan.nohuz@chu-lyon.fr (E. Nohuz).

Reçu le 10 avril 2020

Disponible sur Internet le 18 avril 2020

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.04.007>

2468-7189/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Cellulite pelvienne sur bartholinite à streptocoque pyogènes : à propos d'un cas



Pelvic cellulitis on pyogenic streptococcal bartholinitis: Case report

1. Introduction

La bartholinite est une infection fréquente, touchant 2 % des femmes, le plus souvent d'origine polymicrobienne [1]. Elle nécessite généralement, en phase aiguë, une prise en charge

chirurgicale par incision-drainage ou marsupialisation, ceci permettant de diminuer immédiatement la douleur et l'inflammation locale [2,3].

La cellulite pelvienne ou pelvi-périnéale est une complication rare mais grave d'une bartholinite. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital. Elle peut survenir même après une prise en charge optimale d'une bartholinite : diagnostic précoce, antibiothérapie adaptée et/ou parage chirurgical. Seuls quatre cas de cellulite pelvienne postopératoire ont été décrits [1,4–6]. Son diagnostic peut être difficile et la prise en charge doit être précoce et multidisciplinaire afin de garantir les meilleures chances de guérison et de survie [6].

2. Cas clinique

Une patiente de 39 ans a consulté aux urgences gynécologiques pour un tableau de bartholinite gauche. Elle avait un antécédent de bartholinite droite drainée chirurgicalement en 2018. Son IMC était à 21 kg/m². Elle ne fumait pas.

À l'interrogatoire, la patiente décrivait, depuis trois jours, une masse volumineuse et douloureuse de la lèvre gauche. L'examen clinique était en faveur d'une bartholinite aiguë gauche, inflammatoire et très sensible à la palpation. Elle était apyrétique. Il a donc été décidé de réaliser immédiatement un drainage chirurgical. L'intervention s'est effectuée sous anesthésie générale sans incident peropératoire à déplorer. Un prélèvement bactériologique du site opératoire a été effectué. Après mise à plat et effondrement de l'abcès, un pansement hydrofibre (Aquacel[®]) a été mis en place dans la loge de bartholinite. Les suites postopératoires immédiates ont été marquées par une intense douleur associée à une tuméfaction importante de l'ensemble de la lèvre gauche. Devant la suspicion d'un hématome postopératoire, une reprise chirurgicale à H + 2 a été décidée. Aucun caillot n'a été constaté dans la loge de bartholinite. Il n'y avait pas de saignement actif. Un lavage abondant au sérum bétadiné a été réalisé. Un nouveau pansement hydrofibre (Aquacel[®]) a été mis en place.

À j1, la patiente demeurant hyperalgique, il a été décidé de recourir à des antalgiques de palier II. La grande lèvre gauche était érythémateuse et très œdématisée. Devant la persistance des douleurs en postopératoire et l'apparition d'une fièvre à 38,7 °C, un scanner injecté a été réalisé afin d'éliminer une collection résiduelle ou un hématome. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 17 giga/L une CRP à 37 mg/L. L'exploration tomographique a objectivé des bulles d'air remontant jusque dans la loge inguinale gauche (Fig. 1). Une antibiothérapie par amoxicilline et acide clavulanique a été initiée.

À j2, la patiente était apyrétique mais la lèvre gauche était toujours très œdématisée et douloureuse : l'érythème s'était étendu jusqu'au creux inguinal gauche. Le prélèvement bactériologique peropératoire a isolé un streptocoque pyogène multi-sensible. Devant la suspicion clinique de cellulite pelvienne, une triple antibiothérapie intraveineuse probabiliste à large spectre par tazocilline, clindamycine et gentamycine a été débutée.

À j3, l'évolution clinique était défavorable. L'érythème et l'œdème sous-cutané ont progressé jusqu'à la paroi abdominale et le haut des cuisses. Un marquage cutané de l'évolution a été initié. Le syndrome inflammatoire biologique s'est majoré avec une hyperleucocytose à 20,8 giga/L et une CRP à 206 mg/L. La patiente a été transférée dans notre centre référent pour prise en charge d'une cellulite pelvienne secondaire à une bartholinite à streptocoque pyogènes.

À son arrivée, la triple antibiothérapie intraveineuse probabiliste à large spectre a été poursuivie et une sonde urinaire à demeure a été mise en place.