



## Cas clinique

### La reconstruction du scrotum après gangrène de Fournier par lambeau de muscle médial des cuisses à propos d'un cas à l'hôpital du district de Koutiala, Mali

Reconstruction of the scrotum after Fournier's gangrene using a medial thigh muscle flap in a case at the Koutiala district hospital, Mali

M Coulibaly\*<sup>1,2</sup>, B Ballo<sup>1,2</sup>, CAK Waigalo<sup>1,2</sup>, S Sanogo<sup>2,3</sup>, SK Dembélé<sup>2,4</sup>, B Bengaly<sup>2,3</sup>, D Ouattara<sup>2,3</sup>, B Togola<sup>2,3</sup>, D Traoré<sup>2,3</sup>

#### Résumé

Introduction : La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante de la région génitourinaire décrite pour la première fois par Jean Alfred Fournier en 1883. Les pertes de substances qui résultent des traitements nécessitent une couverture ou une reconstruction. Nous présentons le cas d'un patient chez qui la reconstruction scrotale a été faite par le lambeau de muscle médial des cuisses après une gangrène de Fournier périnéoscrotale avec succès à l'hôpital du district de Koutiala.

Cas clinique : Patient de 42 ans, de sexe masculin, initialement pris en charge dans le service pour gangrène de Fournier périnéoscrotale évoluant depuis 5 semaines avec de nécrose sur un état général altéré. Le premier geste a constitué à faire une nécrosectomie au bloc opératoire qui a entraîné une perte de substance périnéoscrotale, pour laquelle la reconstruction par le lambeau du fasciocutané médial de la cuisse a été réalisée après un bilan étiologique. Les suites opératoires immédiates ont été simples. Le

patient a été revu en consultation à 3mois puis à 6 mois, l'examen clinique de contrôle était normal. Le résultat esthétique et fonctionnel était satisfaisant.

Conclusion : La reconstruction périnéoscrotale avec le lambeau fasciocutané médial de la cuisse se fait en un seul temps ce qui entraîne la diminution de la durée et du coût d'hospitalisation.

Mots-clés : Gangrène de Fournier, plastie scrotale, Koutiala.

#### Abstract

Introduction: Fournier's gangrene is a necrotizing fasciitis of the genitourinary region first described by Jean Alfred Fournier in 1883. Substance losses resulting from treatments require coverage or reconstruction. We present the case of a patient in whom scrotal reconstruction using the medial thigh muscle flap after perineoscrotal Fournier gangrene was successfully performed at the Koutiala district hospital.

Clinical case: Patient, 42 years old, male, initially

treated in the department for perineoscrotal Fournier gangrene evolving for 5 weeks with necrosis and altered general condition. The first procedure consisted of performing a necrosectomy in the operating room which led to a loss of perineoscrotal substance, for which reconstruction with the medial fasciocutaneous flap of the thigh was carried out after an etiological assessment. The immediate postoperative course was simple. The patient was seen again in consultation at 3 months then at 6 months, the clinical control examination was normal. The aesthetic and functional result was satisfactory.

**Conclusion:** Perineoscrotal reconstruction with the medial fasciocutaneous flap of the thigh is done in a single stage, which leads to a reduction in the duration and cost of hospitalization.

**Keywords:** Fournier gangrene, scrotal plasty, Koutiala.

---

## Introduction

La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante de la région génitourinaire décrite pour la première fois par Jean Alfred Fournier en 1883 [1]. L'origine du sepsis n'avait pas été décrite. Les études suivantes ont mis en évidence plusieurs facteurs déclenchant : sténose urétrale, diabète, pathologie anale, alcoolisme, mauvaise hygiène et malnutrition [2, 3]. Dans certains cas, l'origine du sepsis est inconnue. Le traitement comprend : la réanimation médicale, l'antibiothérapie et les interventions chirurgicales agressives et itératives. Chez les survivants, la ou les pertes de substances qui en résultent nécessitent une couverture ou une reconstruction. La chirurgie plastique peut être de grand secours à ce stade de la pathologie. La greffe de peau ou la cicatrisation dirigée ont longtemps dominé cette couverture. L'usage des lambeaux est de plus en plus fréquent actuellement même si à longue terme des inquiétudes ont été manifestées par rapport à la procréation. Malgré les progrès énormes réalisés dans la prise en charge de cette affection (réanimation, chirurgie. . .), la mortalité reste élevée de 16% à 40%

[4]. Ainsi nous présentons le cas d'un patient chez qui la reconstruction scrotale par le lambeau de muscle médial des cuisses après une gangrène de Fournier périnéoscrotale a été réalisée avec succès à l'hôpital du district de Koutiala.

## Cas clinique

Patient de 42 ans, de sexe masculin, initialement pris en charge dans le service pour gangrène de Fournier périnéoscrotale évoluant depuis 5 semaines avec de nécrose sur un état général altéré. Le premier geste était une nécrosectomie au bloc opératoire qui a entraîné une perte de substance périnéoscrotale [photo 1], une recherche étiologique, un bilan biologique y compris des prélèvements bactériologiques ont été réalisés en fin d'adapter le traitement antibiotique. Et le germe retrouvé était le staphylococcus aureus qui était sensible à l'amoxicilline et l'acide clavulanique. La maîtrise du foyer infectieux local a été acquise par le pansement avec de l'eau oxygénée et des antiseptiques deux mois après le parage. Le deuxième temps constituait à recouvrir la zone de la perte de substance cutanée par le lambeau du fascio-cutané médial de la cuisse. Pour ce faire un bilan préopératoire a été réalisé suivie d'une consultation d'anesthésie et la programmation. A la veille de l'intervention la préparation cutanée a débuté avec le lavage par le savon simple du site de prélèvement qui était les faces internes des cuisses matin et soir. L'intervention a été réalisée sous rachianesthésie et après une antibioprofylaxie faite avec de la ceftriaxone. Le patient a été mis en position gynécologique pour bien exposer les sites des prélèvements qui ont été préalablement préparer par double badigeonnage avec la bétadine. Un sondage vésical a été réalisé. L'intervention a commencé par le prélèvement sur la face interne des cuisses. Une incision transverse sur la face interne des cuisses suivie de la dissection des lambeaux qui incluait la peau et la graisse sous cutané jusqu'au fascia. Leur base était supérieure, orientée vers le triangle de Scarpa (et se situe de ce fait dans une zone à basse pression veineuse, gage d'un bon

retour veineux). Ses dimensions sont telles que son rapport longueur/largeur était égale à deux, avec fermeture directe des zones donneuses en double plan (profond et superficiel). La levée des lambeaux a été faite de distal en proximal. La veine saphène interne était visualisée des deux côtés. Après le débridement des zones de perte des substances, les lambeaux ont été posés et fixés avec des fils de suture PDS 2/0 au plan profond et des fils mercetures 2/0 au plan superficiel après la mise en place des drains dans les néo scrotums [photo 2]. Les suites opératoires immédiates ont été simples. Les drains scrotaux ont été enlevés à J3. Il a été constaté à J7 une suppuration superficielle de la zone donneuse sur la cuisse droite et une partie de la base de la verge entraînant l'ablation des fils de suture à ces niveaux, les soins locaux rapprochés et la prolongation de l'antibiothérapie à deux semaines. Le reste des fils de suture cutanée a été enlevé entre J10 à J15 [photo 3]. La sortie a été autorisée à J 17 et il a été revu en consultation à 3mois puis à 6 mois. L'examen clinique de contrôle était normal. Le résultat esthétique et fonctionnel était satisfaisant.

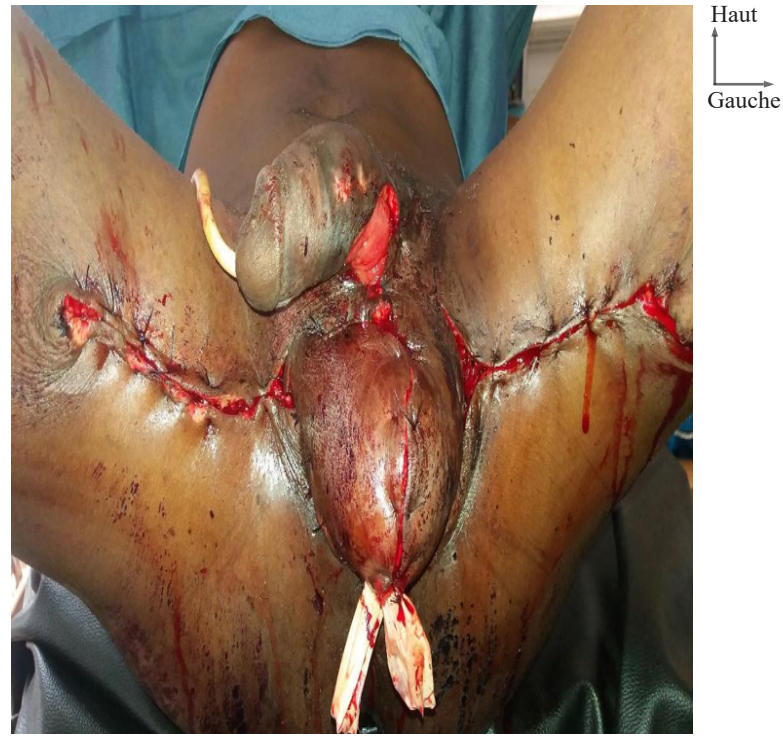


Photo 2 : Reconstruction de perte de substance par les lambeaux fasciocutanés médiaux des cuisses  
Source : archives photos du service de chirurgie de Koutiala



Photo 3 : Etat des lambeaux fasciocutanés médiaux des cuisses et des plaies à 3 semaines de l'intervention  
Source : archives photos du service de chirurgie de Koutiala

Haut  
Gauche



Photo 1 : Perte de substance périnéoscrotale après le traitement initial de gangrène de Fournier  
Source : archives photos du service de chirurgie de Koutiala

Haut  
Gauche

## Discussion

La prise en charge des pertes de substance périnéoscrotale par le lambeau fasciocutané médial de la cuisse est de plus en plus fréquente. Environ 300 cas sont apportés par Ennhoui au Maroc sur une période de 25 ans [5]. La prise en charge initiale se fait en urgence et passe par une enquête étiologique, la réanimation adaptée et le traitement chirurgical qui consiste en un parage avec excision des tissus nécrotiques, le drainage des éventuelles collections par incision de décharge et le lavage abondant à la polyvidone iodée et à l'eau oxygénée diluée. Et le pansement continue jusqu'à la maîtrise totale du foyer infectieux. Cette maîtrise dépend des conditions locales et de l'état général du malade qui peut durer de cinq semaines à huit semaines comme était le cas de notre patient qui était très fatigué à l'admission. Après la phase septique, un délai de quatre semaines a été observé avant la reconstruction scrotale. Nous avons trouvé dans la littérature de délai inférieur à celui de notre patient car il dépend en général de l'état d'amélioration des paramètres cliniques et biologiques et surtout l'évolution locale de l'infection [6, 7]. Tant que la couverture extemporanée de perte de substance cutanée, musculaire et osseuse par les lambeaux a été rapportée par Aouna et Rimtebayea dans le cadre de la prise en charge des tumeurs scrotales [8, 9]. Quant au choix de la technique, nous avons reconstruit avec le lambeau fasciocutané des cuisses. Et ce choix a été motivé par l'étendue de la perte de substance périnéoscrotale, l'esthétisme car notre patient était jeune, le manque de désir de procréation et la possibilité de fermeture directe de la zone donneuse, qui était facilitée par le relâchement cutané consécutif à la dénutrition chez le patient [10, 11]. Le lambeau fasciocutané des cuisses offre au patient une morbidité moindre que les autres procédés, une peau de couleur et de texture proche à celle du scrotum avec une épaisseur moindre en comparaison avec les autres lambeaux musculocutanés ou libres [6]. Plusieurs méthodes de couverture ou de reconstruction sont citées dans la littérature à savoir la greffe de peau,

l'enfouissement des testicules, la cicatrisation dirigée qui peut être accompagnée par le pansement à pression négatif (VAC), [12]. Toutes ces méthodes présentent des avantages et des inconvénients. L'inconvénient du lambeau fasciocutané médial de la cuisse est la possibilité de nécrose et cela survient généralement par souci de rotation du lambeau lorsqu'on aminci trop le pédicule qui peut amener la blessure ou la section du vaisseau [12]. Chez notre patient, nous n'avons pas eu de nécrose au niveau des lambeaux, qui se sont cicatrisés totalement au bout de 30 jours.

## Conclusion

La reconstruction périnéoscrotale avec le lambeau fasciocutané médial de la cuisse se fait en un seul temps ce qui entraîne la diminution de la durée et du coût d'hospitalisation et donne de très bon résultat sur le plan fonctionnel et esthétique.

---

## \*Correspondance

Mahamadou Coulibaly

[cmahamadou38@yahoo.fr](mailto:cmahamadou38@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 15 Mars 2025

- 1 : Hôpital du district de Koutiala, MALI
- 2 : Faculté de médecine de l'USTTB, Bamako, MALI,
- 3 : Service de chirurgie B, CHU du Point G, Bamako, MALI
- 4 : Hôpital du district de Tominian, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg*. 2000;87:718-28.
- [2] Benchekroun A, Lachkar A, Bjjou Y, Soumana A, Faik M, et al. Gangrène des organes génitaux externes. A propos de 55 cas. *J Urol*. 1997;103:27-31.
- [3] Khader K, Fasssi J, Nouri M, Ign Attya A, Hachimi M, Lakrissa A. Fournier's gangrene. Analysis of 32 cases. *J Urol*. 1997;103:32-34.
- [4] Sarkis P, Farran F, Khoury R, Kamel G, Nemr E, Biajini J, et al. Gangrène de Fournier: revue de la littérature récente. *Prog Urol*. 2009;19(2):75-84.
- [5] Ettalbi S, Benchamkha Y, Boukind S, Droussi H, Ouahbi S, et al. La gangrène périnéoscrotale: profil épidémiologique et aspects thérapeutiques. À propos de 45 cas. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011;3:11-18.
- [6] Traoré D, Ouattara D, Bengaly B, Diallo S, Sanogo S, et al. Gangrène de Fournier : reconstruction du scrotum par un lambeau musculo-cutané du grand droit de l'abdomen type VRAM. *Uro'Andro*. 2021;3(1):12-16.
- [7] Choumi MN. Lambeau fascio-cutané de la face interne de la cuisse dans la reconstruction des pertes de substances périnéo-scrotales. *Pan Afr Med J*. 2018;29:114. doi:10.11604/pamj.2018.29.114.4826.
- [8] Aouna A, Sambourg J, Villeret J, François H, Molinié V. La calcinose scrotale idiopathique. *Ann Dermatol Vénéréol*. 2013;140:746-8.
- [9] Rimtebayea K, Ali Mahamat M, Kimassoum Rimtebayea F, Nemianb M, et al. Aspects cliniques, anatomopathologiques et prise en charge de la calcinose scrotale. *Progrès Urol*. 2022;32:177-181.
- [10] Can B. Reconstruction after Fournier gangrene: Our approaches and outcomes. *Turk J Plast Surg*. 2019;27:132-6.
- [11] Katusabe LJ, Balumuka D, Hodges A. Scrotal reconstruction with a pedicled gracilis muscle flap after debridement of Fournier's gangrene: a

case report. *East Afr Med J*. 2013;90:6-13.

- [12] Gangloff D, Ferron GE, Garrido I, Fabre G, Martel P, Querleu D, Chavoïn JP, Grolleau-Raoux JL. Reconstruction pelvipérinéale. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. 2006;45-685.

## Pour citer cet article :

M Coulibaly, B Ballo, CAK Waigalo, S Sanogo, SK Dembélé, B Bengaly et al. La reconstruction du scrotum après gangrène de Fournier par lambeau de muscle médial des cuisses à propos d'un cas à l'hôpital du district de Koutiala, Mali. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 221-225

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.010L011503>