




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Le pyoderma gangrenosum : pathologie rare ou diagnostic omis ?

Pyoderma gangrenosum: A rare pathology or an omitted diagnosis?

S. Lê Huu ^{a,*}, F. Spertini ^b, P. Roggero ^c, D.V. Egloff ^a, W. Raffoul ^a

^a Service de chirurgie plastique et reconstructrice, centre hospitalier universitaire vaudois, avenue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

^b Service d'allergologie et d'immunologie, centre hospitalier universitaire vaudois, avenue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

^c Chirurgie plastique et reconstructrice FMH, résidence Davel, 24, chemin Porchat, 1004 Lausanne, Suisse

Reçu le 31 janvier 2008 ; accepté le 15 mai 2008

MOTS CLÉS

Pyoderma gangrenosum ;
Plastie mammaire ;
Hernie inguinale ;
Corticostéroïdes ;
Pathergie

KEYWORDS

Pyoderma gangrenosum;
Mammoplasty;
Inguinal hernia;

Résumé Le pyoderma gangrenosum est une pathologie rare, dont l'étiologie reste incertaine. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire, provoquant des nécroses cutanées caractérisées par une évolution rapide. Aucun critère de diagnostic précis n'a encore été établi et le pyoderma gangrenosum reste un diagnostic d'exclusion. Dans 40 à 50 % des cas, l'évolution du pyoderma gangrenosum peut être aggravée par un stimulus externe non spécifique, tel un acte chirurgical ou un traumatisme. Ce phénomène, appelé pathergie, contre-indique toute excision chirurgicale de la lésion. Cependant, le diagnostic est souvent omis et l'évolution rapide de la nécrose cutanée incite le chirurgien à effectuer un débridement chirurgical de la plaie, causant ainsi une majoration de la lésion. Les conséquences peuvent être désastreuses. Nous vous présentons trois situations cliniques différentes.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Pyoderma gangrenosum is a rare pathology of uncertain etiology. It is an inflammatory dermatosis that causes cutaneous necrosis with a characteristically rapid evolution. No precise diagnosis criteria has been established and pyoderma gangrenosum remains an exclusion diagnosis. In 40 to 50% of the cases, the evolution of pyoderma gangrenosum can be worsened by a nonspecific external stimulus such as a trauma or a surgery. This phenomenon, called pathergy,

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : serge@lehuu.com (S. Lê Huu), Francois.spertini@chuv.ch (F. Spertini), Daniel.egloff@chuv.ch (D.V. Egloff), Wassim.raffoul@chuv.ch (W. Raffoul).

Corticostéroïds;
Pathergy

conduces to avoid any surgical excision of the lesion. However, the diagnosis is often omitted and the rapid evolution of the cutaneous necrosis forces the surgeon to perform a surgical debridement of the wound. It causes a pejoration of the lesion. It can have disastrous consequences. We present here three different case reports.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le pyoderma gangrenosum (PG) a été décrit pour la première fois par L.A Brunsting en 1930 [1]. À cette époque, les agents pathogènes incriminés étaient les staphylocoques et les streptocoques. Actuellement, l'étiologie exacte du PG reste inconnue, mais il est certain qu'elle n'est pas d'origine infectieuse.

Le PG est une dermatose inflammatoire qui se manifeste par des lésions cutanées ulcératives et nécrosantes. Ces lésions débutent par l'apparition de pustules acnéiformes ou nodules érythémateux. Elles évoluent rapidement en ulcères nécrotiques étendus, caractérisés par un pourtour violacé irrégulier et des rebords sous-minés.

Les lésions cutanées peuvent être solitaires ou multiples et peuvent survenir sur n'importe quelle zone du corps, avec une prévalence augmentée aux membres inférieurs. Des localisations rares, comme la région oropharyngée, la paupière, la vulve, le scrotum, le pénis ou la main ont été décrites [2–12].

Différents types de PG sont décrits : la forme bulleuse, pustuleuse, végétative (superficielle), péristomale.

Le PG semble plus fréquent chez la femme et survient à n'importe quel âge, avec un pic entre 40 et 50 ans [13].

Dans 40 à 50 % des cas, des maladies systémiques associées sont retrouvées (Tableau 1) [13,14]. Parmi ces maladies associées, les maladies inflammatoires du tractus

digestif (maladie de Crohn et RCUH) et les arthrites sont les plus fréquentes.

Le PG peut survenir ou s'aggraver suite à un traumatisme non spécifique (pathergie) [13,15–17] et, notamment, après une intervention chirurgicale. La littérature rapporte des lésions postchirurgicales après chirurgie digestive (splénectomie, cholécystectomie, iléostomie...) [18,19], gynécologique (hystérectomie) [20], chirurgie plastique (réduction mammaire, reconstruction mammaire, augmentation mammaire, reconstruction du membre inférieur...) [21–28]. Des cas après traumatismes sont également décrits [16,17]. Un PG peut survenir sur simple site d'injection, d'acupuncture ou de piqûre d'insecte [29,30].

Aucun critère de diagnostic précis n'a encore été établi et le PG reste un diagnostic d'exclusion.

À l'examen histopathologique, on constate un important infiltrat neutrophilique du derme associé à un œdème, des thromboses des vaisseaux de petit et moyen calibre. On note également la présence de zones de nécrose et d'hémorragie. Mais aucune lésion spécifique n'est pathognomonique pour le PG.

Cas cliniques

Cas n° 1

Cette patiente de 41 ans, originaire de Côte-d'Ivoire, en bonne santé habituelle, consulte pour gigantomastie.

À l'examen clinique, la patiente mesure 150 cm pour 60 kg et présente une gigantomastie bilatérale avec une distance sternomamelonnaire de 39 cm à droite et de 37 cm à gauche.

Elle bénéficie d'une mastectomie bilatérale avec résection cutanéograsseuse d'un kilogramme de chaque côté.

Au troisième jour postopératoire, elle développe un état fébrile à 39 °C, accompagné d'une vive douleur aux deux seins et un érythème localisé au pôle inférieur du sein droit. Une antibiothérapie orale par amoxicilline et acide clavulanique est instaurée. Au cinquième jour postopératoire, on note l'apparition d'une nécrose grasseuse et cutanée en regard de la cicatrice verticale au pôle inférieur du sein droit. La patiente reste fébrile et les paramètres inflammatoires augmentent. Un débridement chirurgical est effectué au sein droit. Les examens microbiologiques effectués pendant l'intervention sont stériles. L'antibiothérapie est administrée par voie veineuse.

L'évolution reste défavorable, avec persistance d'un état fébrile à 40 °C et une récidive de nécrose grasseuse au pôle inférieur du sein droit et nécrose cutanée et grasseuse au pôle inférieur du sein gauche. La patiente présente un tableau clinique de choc septique, avec une tension artérielle à 80/55 mmHg et une tachycardie à 120 battements par minute.

Tableau 1 Maladies systémiques associées.

Gastro-intestinal	Maladie de Crohn RCUH
Arthrites	Arthrites séropositives Arthrites séronégatives Polyarthrite rhumatoïde
Maladies hématologiques	Gammopathies monoclonales Myélomes multiples Leucémies Lymphomes
Paranéoplasiques	Colon, vessie, prostate, seins, ovaires, bronches
Plus rares	Hépatites chroniques actives Diabète Maladie de Takayahu Sarcoïdose Maladie de Wegener Lupus érythémateux Cryoglobulinémie BPCO Maladies thyroïdiennes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3185114>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3185114>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)