

Cas clinique

Dermo-hypodermite nécrosante neutrophilique postopératoire de la main. Un diagnostic à ne pas rater

Postoperative necrotizing neutrophilic dermo-hypodermatitis of the hand. A diagnosis not to miss

B. Henault^{a,*}, A. Duvernay^a, R. Legré^b, N. Zwetyenga^a

^a Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique et chirurgie maxillo-faciale, 2, boulevard du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France

^b Service de chirurgie de la main – chirurgie plastique et réparatrice des membres, hôpital de la Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille cedex 5, France

Reçu le 1 mars 2011 ; reçu sous la forme révisée 14 juin 2011 ; accepté le 22 juin 2011

Résumé

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose ulcérée, aseptique appartenant au groupe des dermatoses neutrophiliques pouvant révéler ou accompagner une pathologie générale, telle qu'une hémopathie ou une maladie auto-immune. Cette dermatose peut prendre l'aspect clinique d'une dermo-hypodermite nécrosante (DHN) rapidement extensive. De plus, le PG peut être déclenché par des traumatismes tissulaires, comme une intervention chirurgicale. Dans ce contexte, cette pathologie est alors aisément confondue avec une DHN bactérienne, dont le traitement privilégiant le pronostic vital au pronostic fonctionnel devient rapidement mutilant, notamment au niveau du membre supérieur. Le cas clinique présenté ici montre l'évolution typique de PG postopératoire pris en charge de façon inadaptée. Devant une DHN postopératoire, il convient donc de connaître les circonstances devant faire évoquer le diagnostic de PG, et ainsi permettre de préserver au maximum le pronostic fonctionnel du patient.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Pyoderma gangrenosum ; Dermo-hypodermite nécrosante ; Iatrogénie ; Infections cutanées

Abstract

Pyoderma gangrenosum (PG) is an aseptic ulcerative dermatosis, belonging to the group of neutrophilic dermatoses, and could reveal a systemic blood disorders or inflammatory disease. This dermatosis could mimic rapidly extensive necrotizing dermo-hypodermatitis in some clinical aspects. PG can be caused by tissue trauma as in surgical procedure. In this context, this pathology is easily confused with bacterial necrotizing dermo-hypodermatitis, the treatment of which gives priority to survival rather than functional outcome, and causes rapid deterioration especially in the upper limb. This case report shows typical evolution of inappropriate treatment of postoperative PG. Faced with postoperative necrotizing dermo-hypodermatitis, the diagnosis of PG must be considered, in order to favor good functional outcome.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Pyoderma gangrenosum; Necrotizing dermo-hypodermatitis; Iatrogeny; Cutaneous infections

1. Introduction

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose ulcérée, aseptique appartenant au groupe des dermatoses neutrophiliques pouvant révéler ou accompagner une pathologie générale, telle une hémopathie ou une maladie auto-immune. Les lésions cutanées sont typiquement superficielles, d'extension centri-

fuge, cernées de bords « sous-minés » et creusés de clapiers pustuleux. Différents formes cliniques existent : PG ulcéreux, bulleux, pustuleux, végétatif. Le point commun histopathologique est l'infiltrat dermique massif à polynucléaires neutrophiles (PNN). Le plus souvent, l'atteinte en profondeur ne dépasse pas le derme. La littérature ne rapporte que peu d'observations de PG profonds, délabrants, rapidement évolutifs prenant l'aspect de cellulite aseptique.

Nous rapportons le cas d'une patiente jeune ayant présenté dans un contexte postopératoire, des lésions ulcéro-nécrotiques,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ben.henault@gmail.com (B. Henault).

extensives et très profondes. Devant ce tableau alarmant, associé à une fièvre et à un syndrome inflammatoire majeur, l'hypothèse d'une dermo-hypodermite nécrosante (DHN) bactérienne ou d'une fasciite nécrosante de la main a été premièrement envisagée, avec mise en place d'un traitement ad hoc. Cependant, un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et évolutifs a permis de retenir le diagnostic de dermatose neutrophilique, et plus précisément de PG.

Le PG est une affection dont le diagnostic est difficile avec souvent une errance diagnostique longue et un traitement adéquat tardif, qui est source de séquelles lourdes. Sa localisation au niveau du membre supérieur et de la main est rare, mais tout chirurgien de la main ne doit pas méconnaître cette pathologie car les dégâts peuvent être dévastateurs et source de handicap.

2. Cas clinique

Mme P, 43 ans, droitière, a été opérée six jours après une entorse grave du ligament latéral interne de l'articulation métacarpophalangienne du pouce droit sans lésion cutanée initiale. Il n'y avait pas de notion de traumatisme ou d'intervention chirurgicale antérieurs au niveau de sa main droite.

Cependant, on notait 11 fausses couches spontanées (bilan immunologique négatif), des épisodes inflammatoires majeurs suite à chaque geste de dévitalisation dentaire (à type d'abcès traïnants et de retard de cicatrisation). On notait aussi une plaie du tiers moyen de la jambe gauche six ans auparavant, suite à un traumatisme bénin, d'évolution rapidement défavorable malgré un traitement local adapté. Cette lésion avait été alors traitée chirurgicalement, comme une DHN bactérienne. L'histologie des pièces opératoires avait finalement conclu à une dermo-hypodermite aiguë suppurée, non spécifique, aseptique. L'évolution avait été alors rapidement favorable sous traitement médical adapté.

On notait aussi dans les antécédents familiaux une cellulite nécrosante du membre supérieur chez sa sœur survenue dans les suites d'une perfusion de calcium.

Deux jours après le traitement chirurgical de cette entorse grave (nous prendrons ce dernier comme évènement initial, ou j0), on notait au retrait de l'attelle plâtrée une inflammation locale importante en regard du site opératoire, avec un écoulement purulent entre les points de suture. La patiente était apyrétique. Ces lésions d'allure infectieuse ont été mises à plat le jour même. Des prélèvements bactériologiques peropératoires ont été faits.

L'évolution défavorable a entraîné le transfert de la patiente au CHU de Dijon le lendemain (Fig. 1A). La patiente a reçu une antibiothérapie probabiliste (ofloxacine et rifampicine), et de l'immunoglobuline humaine normale (Tégéline[®], 1 g/kg sur deux jours) en raison d'une hypogammaglobulinémie retrouvée sur le bilan inflammatoire d'entrée. Le diagnostic de DHN bactérienne a été posé. Cependant, tous les prélèvements bactériologiques sont revenus, de manière surprenante, stériles.

Deux nouveaux parages extensifs ont été effectués devant l'aggravation des lésions, au troisième (Fig. 1B) et au

cinquième jour postopératoires. Ces parages successifs ont été réalisés jusqu'en tissus sains, préservant les fascias, laissant espérer un contrôle de cette DHN supposée bactérienne. Les prélèvements bactériologiques sont tous revenus de nouveau stériles.

Au septième jour, l'état local et général de la patiente s'est dégradé franchement. Un dernier parage extensif emportant en partie les masses musculaires de l'éminence thénar et des trois premiers espaces intermétacarpiens a été réalisé (Fig. 1C et D). La profondeur des lésions évoquait désormais une fasciite nécrosante. Cependant le caractère récidivant malgré des excisions tégumentaires en zones saines et une antibiothérapie adaptée remettaient en cause son caractère bactérien. Des prélèvements anatomopathologiques ont alors été effectués lors de la dernière intervention. Compte tenu du caractère dominant de cette main, cette dernière intervention constituait le dernier sursis avant une amputation.

L'histologie réalisée montrait un infiltrat intense dermo-hypodermique riche en PNN, et quelques aspects de vascularite. Des modifications de l'antibiothérapie ont été effectuées. Une nouvelle cure d'immunoglobulines (Tégéline[®]) y a été associée sans succès. Au 12^e, l'état local a encore empiré (Fig. 1E). Le syndrome inflammatoire s'est accentué (CRP à 334 mg/L, fièvre en plateau à 39,5 °C). Le risque élevé d'évolution vers un choc septique de cette DHN nous a conduit à programmer l'amputation de la main au niveau de l'articulation radiocarpienne. Cependant, l'hypothèse d'une forme profonde de PG a été émise devant l'histologie et l'évolution paradoxale de cette « cellulite bactérienne ». Un traitement d'épreuve par corticothérapie générale (méthylprednisolone) a été tenté. La corticothérapie a été débutée à 20 heures : la patiente était apyrétique à minuit. Le lendemain, l'état général s'est amélioré de façon spectaculaire. L'intervention a été annulée. En 48 heures, la nécrose était contrôlée et des bourgeons de cicatrisation apparaissaient. La CRP chutait à 37 mg/L. Quinze jours après le début de la corticothérapie, les antibiotiques étaient arrêtés et une décroissance très progressive de la corticothérapie était programmée.

À deux mois de la première intervention, une greffe de peau a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples avec prise des greffes cutanées à 100 %. Quatre mois après la première intervention, une arthrodeuse de l'articulation métacarpophalangienne a été effectuée. Les broches ont été retirées à deux mois (Fig. 2). Chacun de ces gestes a été encadré par une antibiothérapie probabiliste, réaugmentation de la corticothérapie, et cure d'immunoglobulines (Tégéline[®]).

Dès l'amélioration clinique (quatre semaines environ après le traitement initial de l'entorse), une kinésithérapie intensive a été débutée. Après cinq mois de rééducation, une bonne fonction globale de la main a été récupérée, avec une reprise de son activité de secrétaire médicale, malgré des travaux de dactylographie devenus légèrement plus lents (Fig. 1F).

Une étude fonctionnelle des PNN de la patiente a été réalisée par la suite (Dr Carole ELBIM, groupe hospitalier Bichat – Claude-Bernard, Paris 18^e). Cette recherche a mis en évidence une anomalie de fonctionnement des PNN de notre patiente pouvant expliquer ces épisodes de réponse inflammatoire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049379>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049379>

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