

Place De La Chirurgie Plastique Dans La Prise En Charge Du Pyoderma Gangrenosum : A Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature

Fall N.Y, Sagnon I, Mbaye D., Liban O, Ribag Y, Khales A, Achbouk A.H,
Ababou K

Résumé

Le Pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare et constitue une entité clinique méconnue, se présentant classiquement par des ulcérations cutanées

inflammatoires et douloureuses, souvent prises à tort pour des lésions infectieuses ou ischémiques.

Les auteurs soulignent à travers une observation clinique d'une patiente, opérée pour un pyoderma gangrenosum type bulleux au niveau de la paroi abdominale, l'intérêt

d'une lipectomie antérieure avec transposition de l'ombilic à la fois dans un but diagnostique et thérapeutique, dans le service de chirurgie plastique à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V.

Les résultats esthétiques et thérapeutiques étaient jugés satisfaisants aussi pour la patiente que le chirurgien sans récurrence avec un recul de 6 mois.

Le PG bulleux est une forme rare de pyoderma dont le diagnostic est souvent difficile devant un tableau clinique et biologique non spécifique. La chirurgie plastique pourrait jouer un rôle très important dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

Mots clés : Pyoderma, gangrenosum, chirurgie plastique, paroi abdominale, lipectomie

Date of Submission: 01-05-2024

Date of Acceptance: 10-05-2024

I. Introduction

Le Pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare et constitue une entité clinique méconnue, se présentant classiquement par des ulcérations cutanées inflammatoires et douloureuses, souvent prises à tort pour des lésions infectieuses ou ischémiques [1]. Le diagnostic est de ce fait souvent tardif, après de multiples traitements antibiotiques et chirurgicaux mutilants, avec un risque de séquelles fonctionnelles et esthétiques non négligeable. Il a été mentionné l'existence d'un PG ulcéreux, un PG pustuleux, un PG bulleux et un PG granulomateux superficiel ou végétant [2]. Le PG bulleux est un type rare qui se présente par des bulles inflammatoires douloureuses se transformant rapidement en ulcères superficiels. Les auteurs mettent en exergue à travers l'étude d'un cas de PG bulleux localisé au niveau de la paroi abdominale l'intérêt d'une lipectomie antérieure avec transposition de l'ombilic à la fois dans un but diagnostique et thérapeutique en excisant la lésion.

II. Observation Clinique

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 29 ans G1P1 aux ATCD de fistule anale opérée en 2018.

Le début de la symptomatologie remonterait à 15 jours après son accouchement par césarienne en 2020 par l'installation d'une douleur du site opératoire accompagnée de fièvre et de frissons faisant suspecter une infection de la paroi traitée par une antibiothérapie à base d'Amoxicilline/Acide clavulanique 1g /125 mg. L'évolution a été marquée par la survenue des lésions bulleuses érythémateuses d'allure inflammatoire, fermes à la palpation sans tendance à une fistulisation après 5 mois, le tout évoluait dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. Ce tableau clinique a motivé la réalisation d'explorations biologiques (bilan hépatique, thyroïdien, sérologique, immunologique) et radiologiques (TDM, IRM) qui ont montré un processus inflammatoire non spécifique et deux collections sous cutanées de la paroi abdominale intéressant la fosse iliaque gauche et en para ombilical gauche de siège sous cutané, infiltrant le muscle droit de l'abdomen ; une mise à plat chirurgicale avec étude histologique est revenue en faveur d'une folliculite aigüe suppurée destructrice avec réaction inflammatoire granulomateuse de type rétroptif.

L'évolution a été marquée par l'extension des lésions et fistulisation à la peau sans aucune amélioration clinique sous un traitement antibiotique bien conduit et adapté avec des répercussions psychologiques.

Adressée dans notre formation pour une prise en charge thérapeutique, la patiente présentait un

problème de diagnostic et par conséquent un problème thérapeutique.

Vu la localisation de la lésion et la présence d'un excédent cutané en sous ombilical, une plastie abdominale basse transversale sus pubienne avec transposition de l'ombilic a été indiquée ayant permis de faire une exérèse biopsique de la lésion, des prélèvements bactériologiques et d'explorer le reste de la paroi abdominale.

Le tracé est celui d'une technique classique sans lipoaspiration avec un décollement large ducôté de la lésion ;

Les suites opératoires ont été simples et la patiente a été mise sous antibiothérapie prophylactique.

L'examen cytbactériologique de pus a isolé un staphylococcus à coagulase négative, germe de la flore commensale et l'étude histologique a montré un Aspect morphologique évoquantle Pyoderma Gangrenosum.

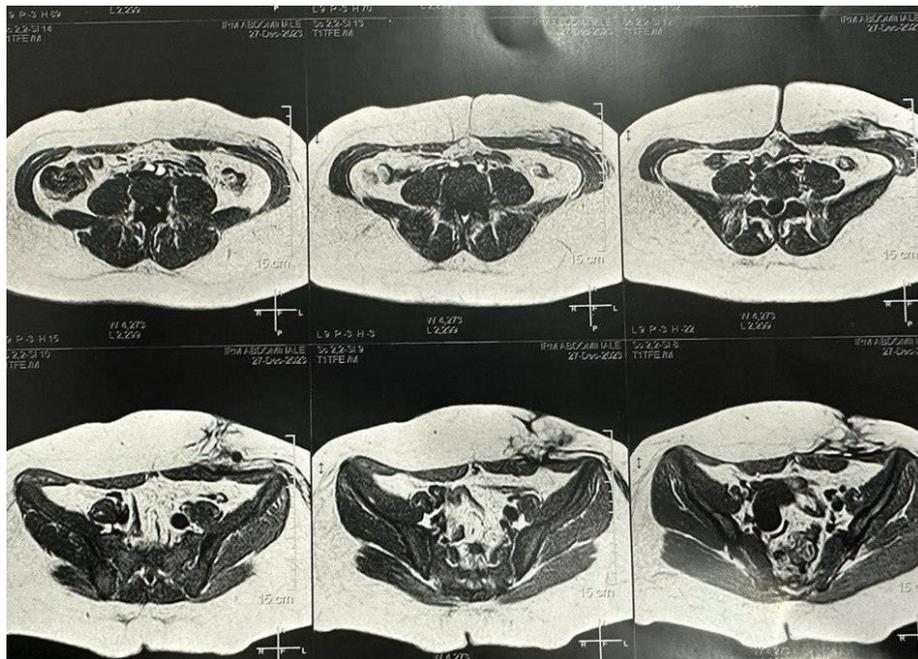


Fig1 : IRM Abdominale



Figure 2: Lésions pustuleuses érythémateuses et cicatrices dépressives d'anciennes lésions

III. Discussion

Le pyoderma gangrenosum est une maladie rare (2 cas/an/million d'habitants) avec une prédominance féminine (76%). L'âge habituel de survenue est compris entre 25 et 55 ans, mais elle peut survenir à tout âge et dès l'enfance [3]. Le PG présente quatre types : ulcéreux qui est la forme classique, pustuleux, végétant et bulleux. La physiopathologie n'est pas bien élucidée mais son association à des hémopathies malignes ainsi qu'à des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est bien connue. La forme bulleuse, qui est la plus rare, se présente par des bulles inflammatoires douloureuses qui se transforment rapidement en ulcères superficiels. Différentes localisations ont été décrites dans la littérature dont la plus fréquente est au niveau des jambes, suivie du tronc. [1]. Chez notre patiente, les lésions étaient localisées au niveau de sa paroi abdominale en péri ombilical et au niveau de la fosse iliaque gauche. Dans la littérature on observe deux fois plus de formes multiples de PG que de formes à lésion unique, alors que le nombre de lésions ne diffère pas en fonction de l'âge ou de l'existence d'une association pathologique, ce qui n'avait pas été signalé jusqu'à présent ce qu'on a retrouvé chez notre patiente.

Les mécanismes physiopathologiques du PG restent pour l'instant très hypothétiques. La nature de l'infiltrat inflammatoire, ainsi que l'anomalie d'expression de divers médiateurs inflammatoires leucocytaires suggèrent que le PG pourrait représenter une dysfonction du système immunitaire ou une éventuelle anomalie des mécanismes inflammatoires qui font suite à une blessure [4]. Dans plus de 50 % des cas, le pyoderma gangrenosum est associé à une maladie systémique [5] sous-jacente à rechercher. Cette dernière peut précéder le PG, mais celui-ci peut aussi la révéler ou la précéder. L'évolution des lésions cutanées est habituellement indépendante de celle de la maladie sous-jacente [6] (tumeurs solides,...). Près de la moitié des cas concernent des patients présentant des pathologies inflammatoires systémiques ou onco-hématologiques. Dans 20 à 60% des cas, les patients atteints de PG présentent une pathologie inflammatoire digestive [7].

Sur le plan clinique, le PG se présente initialement par des pustules inflammatoires coalescentes, qui fusionnent progressivement en laissant apparaître un ulcère nécrotique, avec des bords hypertrophiques bien délimités, de couleur violacée [8] et qui ne guérit pas avec les traitements conventionnels. De nombreux auteurs décrivent un phénomène de pathergie, l'ulcère apparaissant à la suite d'un traumatisme mineur ou à l'emplacement d'un site chirurgical récent [9]. Cette description va parfaitement de pair avec l'observation clinique faite chez notre patiente. Le PG connaît une évolution rapide et chronique, par poussées intermittentes. Il reste un diagnostic d'exclusion. Les examens biologiques et l'immunofluorescence directe ne sont pas spécifiques et servent plutôt à exclure les diagnostics différentiels [2]. Cependant à l'histologie, on retrouve très souvent un infiltrat inflammatoire à prédominance de polymorphonucléaires neutrophiles, des thrombus localisés ainsi qu'une nécrose de l'épiderme [10] exactement comme dans notre étude. L'absence de germes à l'écouvillonnage de la plaie a fortement conforté notre diagnostic de PG.

Chez notre patiente, le choix du type de chirurgie a été pertinent dans la mesure où le geste nous a permis de répondre au souci diagnostique tout en améliorant le préjudice esthétique même momentanément.

Un traitement d'entretien doit parfois être poursuivi durant plusieurs mois après la régression des lésions. Plusieurs travaux ont également confirmé l'efficacité des anti-TNF tels que l'infliximab [11]. La recherche et la prise en charge thérapeutique d'une éventuelle pathologie inflammatoire ou néoplasique sous-jacente doivent évidemment faire partie du plan thérapeutique.

IV. Conclusion

Le PG bulleux est une forme rare de pyoderma dont le diagnostic est souvent difficile devant un tableau clinique et biologique non spécifique. Le pronostic est amélioré par un diagnostic et un traitement précoces. La pathogénie du PG et les facteurs de risque individuels intervenant dans son développement restent mal élucidés. Des études contrôlées, prospectives et randomisées, sur le traitement du PG n'ont jamais été réalisées. Cette démarche nécessiterait une approche internationale en raison de la rareté de cette affection.

La chirurgie plastique peut prêter main forte dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques de cette entité clinique []

Références Bibliographiques

- [1] F.Z. Lefghih1,*, F. Rabhi1, B.S. Malek1 Et Al. Pyoderma Gangrenosum Bulleux Des Paumes Des Mains : Une Entité Rare. La Revue De Médecine Interne 44 (2023): A412–A427
- [2] Wollina U. Pyoderma Gangrenosum: A Review. Orphanet J Rare Dis. 2007; 2:19.
- [3] Arfa S, Youssef M, Bennaser M, Ines L, Kechida M, Mohamed M, Et Al. Profil Clinique Et Etiologique Du Pyoderma Gangrenosum. La Revue De Médecine Interne. 2016 Jun;37(Supplément 1): A157–A158.
- [4] Bister V, Mäkitalo L, Jeskanene L, Saarialho-Kere U. Expression Of Mmp-9, Mmp-10 And Tnf-A And Lack Of Epithelial Mmp-1 And Mmp-26 Characterize Pyoderma Gangrenosum. J Cutanpathol. 2007;34(12):889–98.
- [5] Riyaz N, Mary V, Sasidharanpillai S, Roshin Ra, Snigdha O, Latheef En, Et Al. Pyoderma Gangrenosum: A Clinico-Epidemiological Study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2017 Jan-Feb;83(1):33–39.
- [6] Kolios Aga, Gübeli A, Meier B, Maul Jt, Kündig T, Nilsson J, Et Al. Clinical Disease Patterns In A Regional Swiss Cohort Of 34 Pyoderma Gangrenosum Patients. Dermatology. 2017

- [7] :233(4) :268–276. Epub2017 Nov 7.
- [8] Ndour M A, Sow D, Diedhiou D Et Al. Une Lesion Cutanée Persistante Non Cicatricielle Depuis 3 Ans Pyoderma Gangrenosum. Pan Afr Med J. 2019; 32: 198.
- [9] Powell Fc, Collins S. Pyoderma Gangrenosum. Clin Dermatol 2000 ;18 :283-93.
- [10] Kolios Aga, Gübeli A, Meier B, Maul Jt, Kündig T, Nilsson J, Et Al. Clinical Disease Patterns In A Regional Swiss Cohort Of 34 Pyoderma Gangrenosum Patients. Dermatology.2017;233(4):268–276. Epub2017 Nov 7.
- [11] Su Wp, Schroeter Al, Pery Ho, Powell Fc. Powell Histopathologic And Immunopathologicstudy Of Pyoderma Gangrenosum. J Cutanpathol. 1986 Oct;13(5):323–30.
- [12] Brooklyn Tn, Dunnill Mg, Shetty A, Bowden Jj, Williams Jd, Griffiths Ce, Et Al. Infliximab For The Treatment Of Pyoderma Gangrenosum: A Randomised, Double-Blind, PlaceboControlled Trial. Gut. 2006 Apr;55(4):505–9. Epub 2005 Sep 27.
- [13] Ndour M , Et Al. Une Lesion Cutanée Persistante Non Cicatricielle Depuis 3 Ans Pyoderma Gangrenosum. Pan Afr Med J. 2019 ; 32 : 198