

# Pyoderma Gangrenosum du sein : complication post-opératoire rare d'un syndrome des antiphospholipides

## A propos d'un cas



*J Figurelli<sup>1</sup>, K Kolsi<sup>1</sup>, C Franchet<sup>2</sup>, K Delavigne<sup>3</sup>, E Jouve<sup>1</sup>, M Soulé-Tholy<sup>1</sup>, D Gangloff<sup>1</sup>, T Meresse<sup>1</sup>, L Dahan<sup>1</sup>, E Chantalat<sup>1</sup>, C Vaysse<sup>1</sup>*

*Institut Claudius Regaud - Institut Universitaire du Cancer Toulouse – Oncopole  
Départements de 1) Chirurgie 2) Anatomopathologie 3) Médecine Interne*

**CONTEXTE :** Le Pyoderma Gangrenosum (PG) est un diagnostic rare (3 à 10/1000000) (1) et son association avec un syndrome des antiphospholipides (SAPL) davantage (2). 25 à 40% des PG post-opératoires surviennent après chirurgie sénologique.

Nous rapportons le cas d'une femme de 35 ans ayant présenté un PG après chirurgie pour pathologie bénigne du sein s'inscrivant comme complication sévère de son SAPL.

**OBSERVATION :** Mme S, 35 ans, ATCD de SAPL, présente à J7 post-opératoire, une nécrose cutanée de l'ensemble des quadrants externes du sein droit (1) => suspicion de fasciite nécrosante du sein infirmée au TDM thoracique.

- Deux débridements chirurgicaux à 48h d'intervalle et VAC ont été réalisés sans succès avec majoration de la nécrose (2).
- Inefficacité de l'antibiothérapie mis en place.
- Oxygénothérapie hyperbare.

### Réflexion pluridisciplinaire :

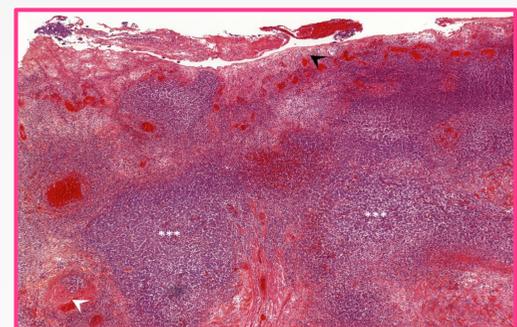
ATCD de SAPL + nécrose épargnant la plaquearéolomamelonnaire + effet délétère de la chirurgie + bactériologie stérile + infiltrat diffus à polynucléaires neutrophiles avec nombreuses thromboses à l'histologie (3) a fait évoquer le **diagnostic de PG compliquant un SAPL**.

### Proposition :

- Corticothérapie (1 mg/kg) + anticoagulation curative => amélioration clinique rapidement constatée.
- Réalisation d'une greffe cutanée à 1 mois (4) et cicatrisation obtenue à 6 mois (5).
- Décroissance progressive des corticoïdes et anticoagulation à vie.



*Evolution clinique: présentation initiale (1), après parage chirurgical (2), en post-greffe immédiat (4) et à 6 mois (5)*



*3. Aspect anatomopathologique : infiltrat à PNN (flèche noire), ischémie (flèche blanche) et thromboses (étoiles)*

**DISCUSSION :** Il n'existe pas de traitement spécifique du PG mais l'utilisation d'immunosuppresseurs à dose élevée est habituellement nécessaire. Les corticoïdes sont le traitement de première intention.

L'association immunosuppresseurs + anticoagulation curative a été efficace, ciblant les trois aspects du SAPL compliqué d'un PG : dysimmunité, inflammation et thrombose.

Ces arguments incitent à penser qu'en cas de SAPL avéré, afin de prévenir le risque de récurrence d'un PG, un traitement immunosuppresseur pourrait être systématiquement initié en cas de geste chirurgical.

**CONCLUSION :** Savoir évoquer le diagnostic de Pyoderma Gangrenosum comme complication possible d'un Syndrome des Anti-Phospholipides, permet d'éliminer les diagnostics différentiels de nécrose cutanée post-opératoire, d'éviter des traitements chirurgicaux inutiles ainsi que de proposer une prise en charge thérapeutique optimale et de prévenir le risque de récurrence.

1. Zelones JT, Nigriny JF. *Pyoderma Gangrenosum after Deep Inferior Epigastric Perforator Breast Reconstruction: Systematic Review and Case Report*. *Plast Reconstr Surg Glob Open*.2017; 5(4): p. e1239.

2. Schmid MH, Hary C, Marstaller B et al . *Pyoderma gangrenosum associated with the secondary antiphospholipid syndrome*. *Eur J Dermatol* . 1998;8(1): p. 45–47.