

# CALCIPHYLAXIE NON UREMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

E. Gall\*<sup>a</sup> (Dr), A. Wojtuszczyzn<sup>a</sup> (Pr), J. Vitse<sup>b</sup> (Dr), E. Renard<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> CHU Lapeyronie, endocrinologie, Montpellier, FRANCE ; <sup>b</sup> CHU Lapeyronie, plaie et cicatrisation, Montpellier, FRANCE

## INTRODUCTION

La calciphylaxie urémique, appelée aussi artériolopathie urémique calcifiante est une complication rare mais bien connue des néphrologues, touchant 4% des patients hémodialysés chroniques, dont le traitement repose essentiellement sur l'hémodialyse quotidienne et le thiosulfate de sodium en intra-veineux.

La calciphylaxie non urémique dont la physiopathologie reste encore méconnue à ce jour, est quant à elle beaucoup plus rare, et présente une importante morbi-mortalité. Dans les facteurs de risques connus à ce jour on retient : l'obésité grade 3, le diabète, les anticoagulants et troubles de la coagulation, les néoplasies actives, la corticothérapie, et l'éthylisme avec insuffisance hépatocellulaire.

## OBSERVATION CLINIQUE

Une patiente de 56ans, a été admise dans notre unité, pour des ulcérations chroniques bilatérales et hyperalgiques du tablier abdominal. On retenait dans ses antécédents : une obésité grade 3 (IMC > 60), une dénutrition protido-énergétique, une intoxication éthylique ancienne, et un diabète non insulino-dépendant. La patiente ne prenait ni anticoagulant ni corticoïdes.

L'examen clinique, retrouvait des lésions cutanées abdominales des deux flancs, nécrotico-fibrineuses étendues, avec une inflammation et une induration sous cutanée péri-lésionnelles.



Flanc Gauche



Flanc droit

La fonction rénale était strictement normale, tout comme le bilan phosphocalcique, le bilan hépatique et les facteurs de coagulation. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a permis d'éliminer toute lésion néoplasique, mais retrouvait des calcifications artérielles abdomino-pelviennes sous-cutanées superficielles.

Les biopsies cutanées superficielles étaient totalement aspécifiques, mais la biopsie cutanée profonde réalisée au bloc opératoire a permis de mettre en évidence une hypodermite chronique avec nécrose adipeuse et calcifications des parois vasculaires, compatibles avec un tableau de calciphylaxie.

## EVOLUTION

La patiente a été traitée initialement par antibiothérapie large spectre, antalgiques de palier 3, et thiosulfate de sodium à raison de 25g 3 fois par semaine. A 6 semaines du début du traitement et devant une amélioration clinique insuffisante, une chirurgie d'abdominoplastie avec excision des lésions a été réalisée, assortie d'une thérapie par pression négative.

L'évolution a été marquée par une cicatrisation capricieuse, nécessitant la poursuite du thiosulfate à même posologie pendant une durée totale de 6 mois, mais permettant à terme une cicatrisation complète.

Le traitement a été bien toléré, sans aucuns effets indésirables notables.



Plaie abdominale à M2 de la chirurgie



Plaie à M4 de la chirurgie



Cicatrisation complète à 5 mois de la chirurgie et 6 mois de l'initiation du thiosulfate

## DISCUSSION

Nous rapportons ici un des rares cas de calciphylaxie non urémique, non associée à un traitement anticoagulant ou une pathologie néoplasique, traitée efficacement par antibiothérapie large spectre, thiosulfate de sodium au long cours (6mois) et chirurgie d'abdominoplastie.

Il semble intéressant de retenir deux messages de cette observation : le diagnostic de calciphylaxie ne peut être prouvé que lors de biopsies cutanées profondes, les biopsies superficielles n'ayant que peu de valeur ; et le maintien au long cours du traitement par thiosulfate de sodium, assorti éventuellement d'autres supports thérapeutiques tels que la chirurgie, est primordial pour espérer une cicatrisation complète.