

Dossier n° 3 (Item ONYXIS)

Un homme de 46 ans, commercial, vient vous consulter pour une **anomalie unguéale**. Dans ces antécédents, vous notez depuis plusieurs années : un surpoids, une hypertension artérielle traitée par Sactal^R (acébutolol), des arthralgies étiquetées arthrose et traitée par Voltarène^R (diclofenac) à la demande.

L'examen clinique met en évidence une anomalie de quasi-totalité des ces ongles. Il s'agit d'une anomalie de couleur avec une perte de transparence et zones de couleur jaunâtre ou blanchâtre, une tablette unguéale altérée avec un aspect friable, un décollement distal (onycholyse distale) et un épaissement (hyperkératose) sous unguéal.

Le reste de votre examen met en évidence des lésions squameuses du cuir chevelu à type de squames blanchâtres épaisses sans alopecie. Il présente des lésions à type de plaques érythémateuses recouvertes des squames blanchâtres épaisses, localisées au niveau de la face antérieure des jambes, la face postérieure des jambes et les 2 faces du tronc.

- 1- Quels sont les 2 diagnostics les plus courants d'atteintes unguéales (onyxis) ? Ces 2 étiologies peuvent-elles être associées ?
- 2- Laquelle de ces 2 étiologies vous semble la plus probable ici ? Sur quels arguments ?
- 3- Si vous aviez un doute avec l'autre diagnostic, que pourriez-vous faire pour vous aider ?
- 4- Que pensez-vous de ces arthralgies ?
- 5- Que convient-il de faire chez ce patient avant de décider d'instaurer un traitement et pourquoi ?
- 6- Que devez-vous rechercher d'autre à l'interrogatoire, avant de prendre votre décision thérapeutique ?
- 7- Vers quel type de traitement s'orientent-on plutôt chez ce patient ?
- 8- Quelles sont les indications dermatologiques actuelles des biothérapies ?

Correction Dossier n° 3

1. Les 2 étiologies les plus fréquentes sont les onychomycoses et le psoriasis. Oui ces 2 étiologies peuvent être associées.
2. L'étiologie la plus probable ici semble être celle de psoriasis unguéal, et ceci en raison de l'atteinte cutanée associée évoquant un psoriasis : plaques érythémateuses recouvertes des squames blanchâtres épaisses étendues, lésions squameuses du cuir chevelu à type de squames blanchâtres épaisses sans alopecie.
3. Je pourrais réaliser un examen mycologique de l'ongle après prélèvement d'un morceau d'ongle à l'aide d'un ciseau, et ceci pour examen direct (recherche de filament) et mise en culture sur milieu de Saboureaux (durée 3 semaines).
4. Ces arthralgies font suspecter un psoriasis arthro-cutané et nécessite un examen clinique et des radiographies.
(NB : sont décrites dans le psoriasis : oligo ou monoarthrite, polyarthrite psoriasique voisine de la polyarthrite rhumatoïde avec cependant atteinte des articulations interphalangiennes distales et réaction de Waaler-Rose négative), rhumatisme psoriasique axial comportant une atteinte vertébrale et sacro-iliaque, voisine de la spondylarthrite ankylosante.
5. Il convient d'explorer cliniquement, voire radiologiquement l'atteinte articulaire, afin de déterminer son origine psoriasique qui déterminera le type de traitement à choisir. Il convient également de modifier son traitement qui comprend des médicaments pouvant aggraver son psoriasis (AINS et surtout bétabloquants).
6. Il convient d'évaluer le retentissement de sa maladie sur sa qualité de vie : vie familiale, sociale, professionnelle.
Il convient de savoir s'il souhaite un traitement et quel type.
7. On s'oriente à priori vers un traitement systémique car les lésions cutanées sont étendues, car il existe probablement une atteinte articulaire, car les traitements locaux sont peu efficaces sur l'ongle, car ce patient a une profession où les lésions affichantes sont handicapantes.
8. Dans le psoriasis, les indications actuelles des biothérapies sont les suivantes : Psoriasis en plaques modéré à sévère, de l'adulte en échec ou contre-indication ou intolérance à au moins 2 traitements systémiques parmi la photothérapie, le méthotrexate, la ciclosporine.

Dossier n° 4

Un homme de 46 ans vient en consultation pour une dermatose faciale. Il a déjà consulté de nombreux dermatologues. Il présente des lésions érythémateuses recouvertes de squames grasses des sillons nasogéniens et de la zone intersourcilière. Les lésions évoluent par poussées. Il est commercial et est très gêné par cette dermatose.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Le patient souhaite savoir si cette affection est fréquente ? Si elle est grave ? Si elle peut se guérir ?
3. D'autres atteintes peuvent-elles être associées à cette atteinte du visage ?
4. Que recherchez-vous en cas d'atteinte profuse ?
5. Quels sont les 2 facteurs étiopathogéniques impliqués ?
6. Quel traitement lui prescrivez et que lui expliquez-vous ?

Correction Dossier n° 4

1. J'évoque une dermite séborrhéique
2. Oui, c'est dermatose très commune, elle n'est pas grave, on peut soigner les poussées mais on ne peut guérir définitivement le patient.
3. Oui, il peut y avoir une atteinte du cuir chevelu et de la zone médiothoracique
4. Je recherche une sérologie VIH ou une consommation d'alcool
5. - Rôle du sébum : la D.S. apparaît dans les régions séborrhéiques, aux âges séborrhéiques de la vie.
- Rôle d'une levure lipophile saprophyte de la peau humaine : *malassazia furfur* qui libère des composés pré-inflammatoires.
6. :
 - Il est important de soigner les lésions faciales et simultanément les cheveux qui sont les gîtes principaux de la flore pityrosporique : lavages fréquents du cuir chevelu avec des shampooings contenant de la piroctone-olamine ou du kétoconazole, application sur les lésions de topiques antifongiques en lotion ou en crème.
 - L'amélioration n'est pas immédiate et n'est souvent nette qu'après plusieurs semaines de traitement.
 - En cas de prurit ou d'aspect très érythémateux des lésions, on peut être amené à prescrire une association de corticoïde topique et d'antifongique. Leur effet immédiat est remarquable, mais il est important de relayer ensuite rapidement par un des traitements précédents pour ne pas induire de corticodépendance.
 - Bien expliquer au patient que les symptômes vont revenir, nécessitant la reprise du traitement. La guérison avec le traitement n'est pas possible.

Dossier n° 5

Un homme de 82 ans vivant en maison de retraite vient vous consulter pour un prurit évoluant depuis 4 mois. Aucun facteur déclenchant n'est retrouvé à l'interrogatoire. Dans ces antécédents vous notez un diabète non insulino-dépendant traité par régime, un hypercholestérolémie traitée par Glucophage^R (metformine) et une arthrose cervicale traitée par Voltarène^R (diclofenac). Il prend également un Stilnox^R (zolpidem) le soir pour s'endormir. L'examen clinique met en évidence des lésions de grattage disséminées. Il vous remet un bilan biologique récent qui note : TGO : 45 UI, TGP 35 UI, gamma GT : 70 UI, Urée : 8 mmol/l, Créatinine : 80 µmol/l, Glycémie 1,3 g/l, Hb : 12 g/dl, VGM : 95l fl, GB : 8540, PNN : 3200, PNE : 990, PNB : 50, Lymphocytes à 1170, VS 10 1^{ère} heure.

1. Citez 5 ou 6 hypothèses diagnostiques classiques à évoquer devant un prurit du sujet âgé :
2. Que recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique en faveur de vos différentes hypothèses ?
3. Quels examens simples pratiquez-vous en 1^{ère} intention, en complément des examens cités dans l'énoncé ?
4. Votre bilan est négatif. Quelques mois plus tard apparaissent des papules érythémateuses surmontées de bulles tendues. Ces lésions sont profuses et disposées de manière symétrique à la face interne des cuisses. Il n'y a pas d'atteinte des muqueuses. Quel diagnostic évoquez-vous.
5. Quels examens prescrivez-vous ?
6. Quelle anomalie du bilan initial aurait pu vous orienter dès le départ et pourquoi ?

Correction Dossier n° 5

Q1

- Gale
- Prurit d'origine médicamenteuse
- Pemphigoïde bulleuse débutante
- Xérose sénile
- Dysthyroïdie
- Prurit paranéoplasique
- Insuffisance rénale ou anomalie du bilan hépatique

Q2

- Chronologie d'introduction des médicaments consommés
- Prurit dans l'entourage, lésions spécifiques de gale : sillon scabieux
- Bulles cutanées
- Autres : signes de dysfonctionnement thyroïdien, altération de l'état général, masse palpable, adénopathies

Q3

- Bilan thyroïdien : TSH, T4L
- Examen parasitologique à la recherche de sarcoptes ou examen à l'aide du dermatoscope (moins invasif), moins opérateur dépendant
- Radiographie pulmonaire et échographie abdominale éventuellement

Q4

- J'évoque une pemphigoïde bulleuse

Q5

- Je prescris une immunofluorescence directe (sur la peau) et indirecte (sur le sérum).

Q6

- L'hyperéosinophilie car elle est fréquente dans la pemphigoïde bulleuse

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 4)

Révision Module 14 (Dermatologie)

Jeudi 08 novembre 07

Dr J. MAZEREEUW-HAUTIER

Dossier n° 6

(DOSSIER ERYTHEME-ULCERATION MUQUEUSES)

Un homme de 35 ans vient à votre consultation pour une éruption du tronc.

Il n'a pas d'antécédents particuliers, il est marié, il est commercial dans une boîte d'informatique.

Cette éruption est apparue il y a 10 jours et demeure inchangée depuis. Elle atteint le tronc et est faite de maculo papules rosées non prurigineuses. Votre examen (soigneux) ne met pas en évidence d'autres anomalies en dehors d'une petite lésion ulcérée ferme du prépuce, en voie de cicatrisation.

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?
2. Quel diagnostic auriez-vous plutôt évoqué en raison de sa fréquence, devant une éruption maculo papuleuse de ce type (en l'absence de lésion du prépuce) chez un jeune enfant tout d'abord ? chez une personne âgée ensuite ?
3. En l'absence d'éruption cutanée, quelles autres étiologies classiques auriez-vous évoqué devant une ulcération génitale aigue ?
4. Quel autre diagnostic aurait-il fallu impérativement évoquer chez ce même homme (en dehors de la lésion génitale), s'il avait présenté cette éruption dans un contexte de fièvre et d'adénopathies ?
5. Quel examen paraclinique prescrivez-vous chez ce patient le jour de la consultation pour confirmer votre diagnostic?
6. Vous le revoyez en consultation, votre examen confirme le diagnostic. Que faites-vous ?

Correction Dossier n° 6

1. J'évoque une syphilis secondaire (ou syphilis précoce)
Arguments : éruption cutanée du tronc, faite de maculo papules rosées non prurigineuses, chez un homme jeune. Présence d'une ulcération génitale correspondant très probablement au chancre primaire.
2. Chez l'enfant, le premier diagnostic à évoquer serait celui d'éruption virale
Chez l'homme d'âge mûr, le premier diagnostic à évoquer celui de toxidermie.
3. Herpès, aphtes, ulcération traumatique ou caustique, autres MST (chancre mou, donovanose etc...), toxidermie (erythème pigmenté fixe), erythème polymorphe, maladie bulleuse auto-immune (pemphigus).
4. Il aurait fallu évoquer une primo infection VIH
5. Je lui prescris une sérologie syphilitique (VDRL-TPHA).
6. Dépistage des autres maladies sexuellement transmissible : VIH, hépatites B et C
Je lui demande de prévenir ces partenaires sexuelles qui doivent être examinés.
Traitement des sujets contacts avec le même schéma que le patient.
Traitement par benzylpenicilline (Extencilline^R) 2,4 M d'unités : une injection IM
Ceci en l'absence d'allergie à la pénicilline.
Adjoindre du paracétamol : 500 mg X 3, pendant 24H.
Avoir un matériel de réanimation et garder le patient 30 min en surveillance
Surveillance du VDRL à 3, 6, 12 et 24 mois (division par 4, 16 puis négatif)
TTT systématique de la partenaire si rapport de moins de 6 sem, sinon TPHA-VDRL 3 mois plus tard.