

DERMATOLOGIE

Dossier Clinique n° 1

Julien, 7 ans, est amené aux urgences par ses parents pour des taches rouges des membres inférieurs apparues il y a deux jours et continuant à s'aggraver. Cet enfant n'a pas d'antécédent notoire. Depuis une semaine, il présente un fébricule aux alentours de 38°C, associé à des arthralgies des coudes, des chevilles et des genoux. Il a eu la veille des douleurs abdominales paroxystiques qui se sont calmées avant l'arrivée aux urgences. A l'examen, les lésions des jambes sont rouges, bilatérales et symétriques, elles ne disparaissent pas à la vitropression, elles sont bien palpables sous le doigt.

1) Quel est le diagnostic le plus probable ?

2) **Sur quels arguments ?**

3) **Quels examens complémentaires demander ?**

4) **Quels examens allez-vous refaire régulièrement ?**

5) **Quel traitement proposez-vous ?**

DERMATOLOGIE

Dossier Clinique n° 2

Madame R, 30 ans, coiffeuse, consulte en raison de la persistance de lésions des mains depuis plus d'un an, très prurigineuses et douloureuses, résistantes à toutes les crèmes du commerce qu'elle a appliquées. Elle n'a aucun antécédent particulier personnel ou familial. Il n'y a pas d'asthme, d'eczéma ou de rhinite chez les membres de sa famille du premier degré. Elle est mariée, mère de 2 enfants. Le seul traitement qu'elle prend est une pilule oestro-progestative.

Les lésions ont débuté 6 mois après un changement d'activité dans le salon de coiffure ; elle faisait antérieurement la coupe et s'occupe maintenant des couleurs. Les lésions s'améliorent transitoirement pendant les vacances et récidivent quelques jours après la rentrée.

L'examen clinique met en évidence un aspect érythémateux et squameux des 2 mains avec des fissures douloureuses. Elle n'a pas d'adénopathie épitrochléenne ou inguinale. Elle n'a pas de fièvre.

1) Quel est le diagnostic le plus probable ?

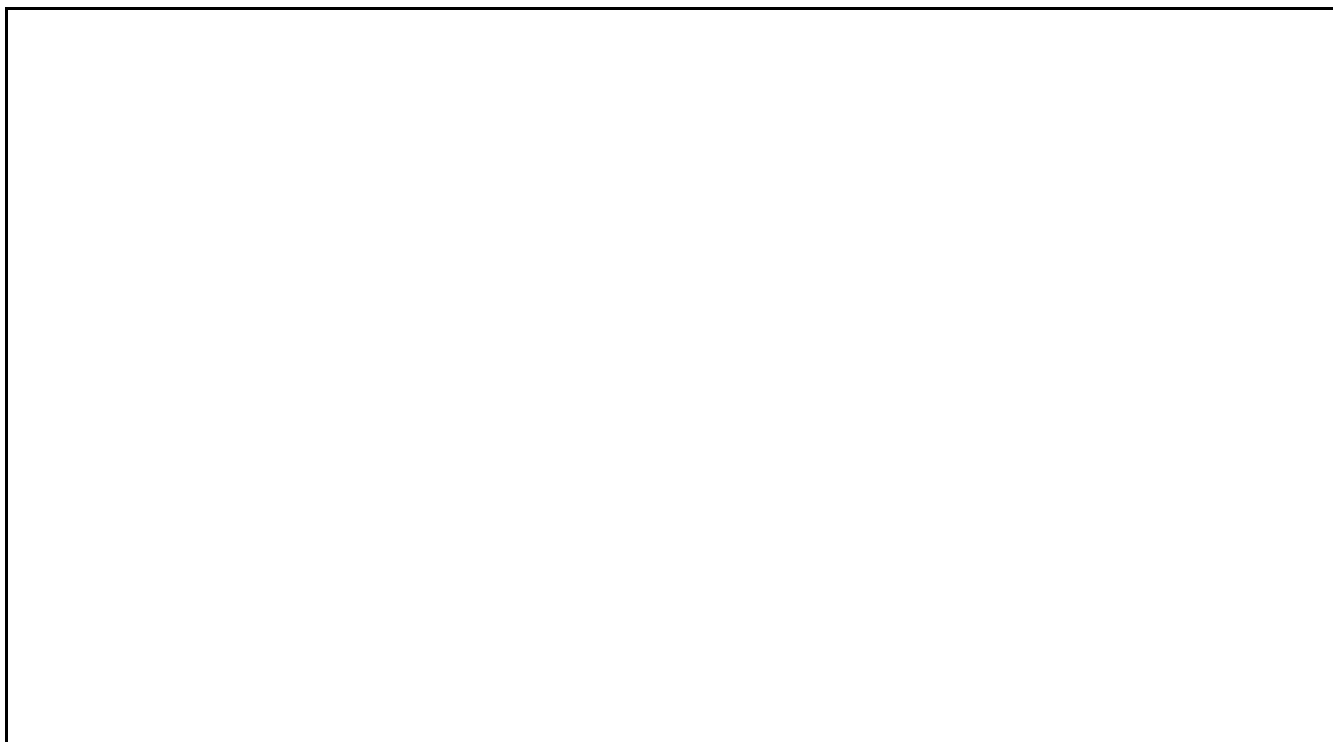
2) Sur quels arguments ?

3) Quels examens complémentaires demandez-vous ?

4) Conduite à tenir pour les dix prochains jours.



5) Conduite à tenir à long terme.



DERMATOLOGIE

Dossier Clinique n° 3

Une femme de 55 ans est hospitalisée en neurologie au décours d'une chimiothérapie pour une tumeur primitive cérébrale. Depuis 24 heures, elle a développé une éruption érythémateuse rapidement extensive atteignant le tronc, puis les membres inférieurs ; elle est fébrile à 39°C. Un décollement cutané bulleux spontané survient sur les zones érythémateuses. Elle a une neutropénie avec 300 polynucléaires neutrophiles/mm³. Un avis dermatologique est demandé.

1) Quel diagnostic évoquez-vous ?

2) Que recherchez-vous à l'examen clinique pour conforter votre diagnostic et comment évaluer sa gravité ?

3) Que montre l'analyse histologique ?

4) Comment faites-vous le diagnostic étiologique ?

5) Quelle attitude thérapeutique avez-vous dans les 24 premières heures ?

REPONSES

Dossier n° 1 :

- 1) Purpura rhumatoïde de Schönlein-Henoch.
- 2) **Enfant, purpura infiltré, palpable ou purpura vasculaire ou purpura par vascularite, arthralgies, atteinte digestive.**
- 3) **NFS, VS, biopsie cutanée avec immunofluorescence directe pour confirmer la vascularite et rechercher des dépôts d'IgA inconstants et non spécifiques, créatininémie, protéinurie des 24 heures, sédiment urinaire.**
- 4) **Bandelette urinaire 2 fois par semaine ; en cas de positivité : protéinurie des 24 heures, sédiment urinaire, créatininémie.**
- 5) **Repos au lit seulement si nécessaire, antalgiques, si protéinurie supérieure à 1g et /ou apparition d'une insuffisance rénale, ponction biopsie rénale et prise en charge en milieu spécialisé.**

Dossier n° 2 :

- 1) **Dermite caustique et eczéma de contact aux produits des couleurs (paraphénylène diamine).**
- 2) – **terrain non atopique**
 - **Aspect des lésions érythémato-squameuses avec fissures compatible avec une dermite caustique ou un eczéma de contact chronique**
 - **prurit et douleurs**
 - **apparition après être devenue coloriste**
 - **amélioration pendant les vacances**
 - **récidive au retour**
 - **paraphénylène diamine : allergène le plus fréquent**
- 3) **Tests épicutanés pour démontrer la responsabilité du paraphénylène diamine et/ou d'autres produits qu'elle utilise dans son travail.**
- 4) **Arrêt de travail une dizaine de jours ; vaseline blanche dans les fissures, dermocorticoïde de niveau II (crème Diprosone®) matin et soir éventuellement sous occlusion le soir.**
- 5) **Déclaration en maladie professionnelle, changement de poste dans le salon de coiffure ou reclassement.**

Dossier n° 3 :

- 1) **Toxidermie grave : Syndrome de Lyell.**
- 2) **Un signe de Nikolsky, une atteinte des muqueuses (atteinte conjonctivale, buccale, génitale), une atteinte respiratoire (dyspnée, anomalie radiologique). Quantification du décollement en % de surface corporelle (1% = 1 paume de la main ; Lyell si décollement >30% de la surface corporelle).**
- 3) **Une nécrose épidermique complète jusqu'à la membrane basale sans infiltrat inflammatoire du derme.**
- 4) **Un interrogatoire « policier » (ordonnances, appel des médecins prescripteurs, appel des pharmacies, interrogatoire de l'entourage du patient) est nécessaire pour conforter une probabilité d'implication d'un ou de plusieurs médicaments au jour J1 de l'éruption. On recherche :**

- Critères d'imputabilité intrinsèque : type de l'éruption (ici Lyell, le plus souvent d'origine médicamenteuse), délai d'apparition compatible entre la première prise médicamenteuse et le début du traitement, délai de régression après l'arrêt du traitement suspecté comme responsable (ici sans intérêt car dépendant de l'âge, de l'étendue de la surface décollée et de la qualité de la prise en charge).
- Critères d'imputabilité extrinsèque (ceux de la littérature ou de la pharmacovigilance : rapportant des cas similaires avec le médicament).

5) **Transfert en réanimation médicale**

- Lit spécial fluidisé type Kinair®
 - Arrêt du ou des traitement impliqués (les plus probables)
 - Corrections hydroélectrolytiques
 - Antiseptiques externes 2 fois par jour (chlorhexidine aqueuse)
 - Pansements d'interfaces non adhésifs
 - Gouttes oculaires
 - Possibilité discutée d'immunoglobulines polyvalentes dose > 2g/kg/cure sur 4 jours.
-