

Année 2004 - 2005

**D.C.E.M. 2****DERMATOLOGIE**

---

**MARDI 10 MAI 2005****Durée : 1h30****1<sup>ère</sup> Session****Dossier n° 1**

Mr Gilbert A., 45 ans, vient aux urgences pour un placard, érythémateux, extensif, douloureux et chaud de la jambe droite évoluant depuis 24 heures.

Il est menuisier, père de 3 enfants.

Il a une intoxication tabagique (1 paquet/jour depuis 20 ans soit 20 paquet/année) sans intoxication éthylique notable ni prise de drogue.

Depuis 1999, il est traité pour une HTA modérée essentielle par l'association hydrochlorothiazide et inhibiteur de l'enzyme de conversion (Co-Rénitec®).

En 2000, un diabète non insulino-dépendant a été mis en évidence, traité par régime et gliclazide (Diamicron®) 2/j.

En 2003, il a fait une phlébite surale gauche sous plâtre traité pendant 6 mois par anticoagulant.

Quinze jours avant l'épisode actuel, il a eu un traumatisme de la jambe droite à son travail avec apparition d'une excoriation qu'il a négligée.

A l'examen clinique, il pèse 106 kg pour 1m70. La tension artérielle est à 150-85 mm Hg avec un pouls à 98/minute. Il a une fièvre à 39°C avec conservation de l'état général.

Il existe un placard érythémateux, infiltré avec un aspect de peau d'orange de la jambe droite, remontant jusqu'à la cuisse, avec 3 zones bulleuses de 2 cm de diamètre environ.

Sur la face antérieure de la jambe est notée l'excoriation croûteuse traumatique.

La palpation des aires ganglionnaires retrouve une adénopathie inguinale homolatérale.

La jambe gauche est le siège d'une dermite ocre avec dilatations veineuses témoignant d'une insuffisance veineuse. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

1. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?
  2. Sur quels arguments ?
  3. Quels signes de gravité recherchez-vous systématiquement ?
  4. Conduite à tenir dans l'immédiat ?
  5. Après 2 jours d'évolution en hospitalisation, vous notez une dégradation de l'état général avec fièvre à 40° et apparition de zones bleuâtres purpuriques et phlycténulaires évoluant vers la nécrose. Quel diagnostic évoquez-vous ?
  6. Principes thérapeutiques
-

# DERMATOLOGIE

---

## Dossier n°2

Mademoiselle R., 20 ans, élève infirmière vient consulter en raison de lésions des doigts très prurigineuses et douloureuses résistantes à toutes les crèmes du commerce qu'elle a elle-même appliquées.

L'interrogatoire permet d'apprendre que les lésions ont débuté peu de temps après son arrivée dans le premier stage à l'hôpital, qu'il existe une amélioration du prurit durant les vacances avec récurrence à chaque reprise du travail. Il n'y a pas d'antécédent d'atopie personnelle ou familiale.

Les lésions sont localisées aux 2 mains avec extension sur les poignets. Elles sont squameuses, fissuraires avec des vésicules. L'examen clinique complet est par ailleurs normal.

1. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
  2. Sur quels arguments ?
  3. Quel bilan prescrivez-vous ?
  4. Attitude pratique dans l'immédiat
  5. Attitude à long terme
-

# DERMATOLOGIE

---

## Dossier n° 3

Un enfant de 10 ans consulte pour une dermatose évoluant depuis 3 semaines environ. L'interrogatoire vous apprend qu'il est l'aîné de 3 enfants et a une soeur de 7 ans et un frère de 5 ans.

Les lésions sont apparues au retour des précédentes vacances qu'il avait passées sans son frère et sa soeur, dans la ferme de ses grand-parents où il a recueilli un petit chat abandonné qu'il a ramené au domicile de ses parents. Plusieurs taches érythémato-squameuses sont apparues; elles se sont agrandies de façon excentrique. Il n'a pratiquement pas de symptomatologie fonctionnelle et est en excellent état général.

A l'examen, existent en effet sur les bras et le cou 7 plaques rondes d'un diamètre de 1,5 cm à 2,5 cm ; 4 d'entre elles sont isolées. Les 3 autres ont fusionné formant un dessin circiné. Le centre des plaques est à peine érythémateux, presque guéri bordé par un discret bourrelet inflammatoire couvert, à l'examen à la loupe, de squames et de minuscules vésicules. Il y a une plaque alopecique du cuir chevelu de 3 cm de diamètre, squameuse au centre.

Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel diagnostic discutez-vous en premier ?
  2. Sur quels arguments ?
  3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?
  4. Existe-t-il un risque pour le frère et la soeur ? Lequel ?  
Quelle attitude à prendre vis-à-vis de l'école ?
  5. Quels traitements préconisez-vous ?
-

# CORRIGES

## DERMATOLOGIE

### Dossier n° 1

#### 1. Diagnostic

?? Erysipèle du membre inférieur droit avec facteurs de gravité du fait de co-morbidités et des bulles.

#### 2. Arguments

?? probable porte d'entrée traumatique.

?? Aspect et topographie des lésions : grosse jambe rouge fébrile en faveur d'un érysipèle

?? Présence de bulles

?? diabète, possible athérosclérose (HTA, cigarettes, diabète).

#### 3. Signes locaux :

Zones vitiligoides (blanchâtres) et/ou cyanosées et/ou hypoesthésiques

Douleur spontanée intense

Purpura rapidement extensif

Apparition d'une nécrose

Décollements bulleux étendus hémorragiques ou purulents

#### Manifestations générales :

Choc septique : fièvre ou hypothermie, tachycardie, polypnée, oligurie, confusion + défaillance multiviscérale

#### 4. Hospitalisation

?? Repos au lit, jambe surélevée

?? Antibiothérapie parentérale, probabiliste (anti-streptocoque) en monothérapie, bactéricide, à fortes doses type Pénicilline IV 20 millions/j (5 millions x4) ou pristinamycine (Pyostacine®) 3g/j.

- Après prélèvements bactériologiques (hémocultures et prélèvements de la porte d'entrée).

- Relais per os après 48h d'apyrexie (par amoxicilline 3 g/j) ou poursuite de la pristinamycine 3g/j 15 jours.

?? Anticoagulation préventive :

?? L'érysipèle n'est pas un facteur de risque de phlébite, mais l'alitement oui

?? Soins locaux de la plaie de jambe

?? Vaccin antitétanique

?? Surveillance clinique (marquage au feutre) et biologique (CRP)

?? Surveillance de la glycémie

#### 5. Fasciite nécrosante aiguë du membre inférieur droit

6. Hospitalisation en service de soins intensifs ou de réanimation pour décision thérapeutique médico-chirurgicale.

Réanimation pré-opératoire

Débridement chirurgical large  
 Antibiothérapie large spectre (staphylocoque, anaérobies)  
 Greffe de peau dès que les lésions ont été détergées

---

## Dossier n° 2

1. Diagnostic(s): Dermite irritative avec eczéma de contact à l'un des nombreux produits qu'elle emploie quotidiennement.

2. Arguments : dermite irritative

- lésions douloureuses
- aspect squameux et fissuraire
- profession à risque avec utilisation de nombreux antiseptiques
- localisation sur les mains

Arguments eczéma de contact

- lésions prurigineuses
- aspect vésiculeux
- localisation sur les mains avec extension au poignet
- pas d'atopie personnelle ou familiale
- profession à risque avec possibilité de sensibilisation à tous les médicaments, antiseptiques, au latex....

Dans les 2 cas chronologie des lésions avec apparition à l'hôpital, amélioration pendant les vacances et reprise évolutive lors du retour au travail.

3. Réalisation de tests épicutanés avec les produits qu'elle manipule, ce qui permet de faire la part des produits simplement irritants de ceux qui sont allergisants. Faire les tests uniquement lorsqu'elle est en rémission complète.

4. Attitude pratique :

- Arrêt de travail
- Eviter les produits irritants et allergisants par le port systématique de gants doublés de coton.
- Traitement de l'eczéma par une corticothérapie locale : dermocorticoïde de niveau II seul (sans antibiothérapie ni antiseptique associé), en application biquotidienne puis quotidienne dès amélioration, espacement un jour sur deux pendant 10 jours avant arrêt. Utilisation de la pommade si lésions sèches et de la crème si lésion suintantes. Vaseline blanche dans les fissures.

5. Si malgré un traitement et une prévention correcte, les lésions récidivent, il faudra adapter le poste de travail avec éviction de tous les allergènes mis en évidence par les tests épicutanés (exemple utilisation de gants sans latex, ou changement de poste).

---

### Dossier n° 3

1. Dermatophytie cutanée avec teigne due à *Microsporum canis* transmis par le chat.
  2. Aspect des lésions cutanées arrondies, érythémateuses avec un aspect guéri au centre et évolutif en périphérie ;  
Topographie des lésions sur les zones de contact avec le chat  
Association à une plaque alopecique et squameuse du cuir chevelu évoquant une teigne.
  3. Eventuellement lumière de Wood : fluorescence verte (*Microsporum canis*)  
Prélèvement mycologique avec examen direct des squames de cheveux et cultures.  
Identification de *Microsporum canis* après 3 à 4 semaines de culture.
  4. Le frère et la sœur risquent de se contaminer par le chat d'où la nécessité de traiter le chat en urgence par un vétérinaire.  
Ils doivent être examinés systématiquement et traités par antifongiques locaux en cas d'atteinte cutanée. S'il existe déjà une atteinte alopeciante du cuir chevelu, un traitement par voie générale est nécessaire 6 semaines.  
L'enfant peut retourner à l'école à partir du moment où il est traité.
  5. Traitement général : griséofulvine systématique pour toute teigne  
Griséfuline® 20 mg/kg/j avec une tartine de beurre pendant 6 semaines  
Antifongique en lotion 2 fois par jour sur le cuir chevelu + antifongique en crème 2 fois par jour sur les lésions cutanées.
-