



Cas n° 1

Il s'agit d'un patient de 84 ans qui consulte à l'urgence pour une douleur, une rougeur et un gonflement du mollet gauche apparus depuis 48 heures. Lors de l'examen, on note le gonflement et une peau sous tension au niveau de son mollet gauche. La peau est également très chaude et douloureuse à la palpation superficielle. De plus, l'examen du pied nous montre la présence d'un pied d'athlète entre le premier et le deuxième orteil du pied gauche.

Une cellulite est suspectée et une antibiothérapie systémique est débutée après avoir demandé une échographie du membre inférieur gauche (MIG) pour éliminer une thrombophlébite profonde. Lors de la visite de contrôle, cinq jours plus tard, le gonflement du MIG n'a pas changé mais la douleur et l'œdème ont migré vers la cheville et le pied gauche. L'échographie du MIG est effectuée à cette visite.

1. Quel est le diagnostic?

L'échographie montre la rupture d'un kyste de Baker avec suffusion de liquide dans les tissus au pourtour de l'articulation, surtout sous le genou gauche. Un kyste de Baker, ou kyste poplité, est une masse liquidienne dans la fosse poplité. Elle peut être un véritable kyste mais résulte, le plus souvent, d'une herniation postérieure d'un épanchement important du genou. Donc, on dénote habituellement une augmentation de la pression intra-articulaire due à une maladie articulaire (ex. : polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose, arthrose). Lorsqu'il devient



*Dr Jean-François Roussy
Résident 1, médecine interne*

*Dre Karine Martel
Résidente 1, médecine familiale*

*Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste*

très gros ou que la pression interne est importante, il peut rompre spontanément et être diagnostiqué à tort comme étant une cellulite ou une thrombophlébite. Un autre diagnostic différentiel chez ce patient, qui a eu une saphénectomie antérieure telle que montrée sur la photo, aurait pu être un sérome local.

2. Quel est le traitement?

Le traitement est celui de la condition sous-jacente produisant l'épanchement. Dans ce cas-ci, ce patient est atteint de polyarthrite rhumatoïde et la maladie est encore active. Son traitement anti-inflammatoire est donc majoré et l'antibiothérapie cessée.

Cas n° 2

Il s'agit d'une femme de 24 ans se présentant à la clinique sans rendez-vous pour des lésions érythémateuses et des vésicules aux pieds. Ses lésions sont associées à un prurit très intense, et la rupture des vésicules entraîne beaucoup de douleur.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit de *tinea pedis*, une condition fréquente causée par un dermatophyte, un type de champignon causant des infections des ongles et de la peau. Ces épisodes surviennent fréquemment après des activités causant une sudation des pieds. Le diagnostic clinique devrait être confirmé par un test au KOH effectué sur les lésions ou une culture en mycologie.

2. Quel est le traitement?

Le *tinea pedis* est habituellement traité avec un antifongique topique en crème pour une durée de quatre semaines. Si les ongles sont atteints ou l'atteinte est extensive, un antifongique par voie orale (fluconazole, itraconazole ou terbinafine) est nécessaire pour quatre à huit semaines.



Dr Jean-François Roussy
Résident 1, médecine interne

Dre Karine Martel
Résidente 1, médecine familiale

Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste

Pour un autre cas, voir la page suivante.



Centrum[®]
Materna[®]
PRÉNATAL* POSTPARTUM

Aide à prévenir des malformations du tube neural* avec 1 mg d'acide folique

*lorsque prise tous les jours avant de devenir enceinte et durant les premiers stades de grossesse.

 Monographie disponible sur demande
Wyeth Soins de santé inc. Mississauga, ON, Canada L4Z 3M6

Cas n° 3

Il s'agit d'un homme de 74 ans connu depuis quelques mois pour un lupus érythémateux disséminé. Il se rend à l'urgence de l'hôpital pour des lésions (telles que sur la photo ci-contre) présentes sur l'ensemble de son corps mais plus marquées aux extrémités. Quelques jours plus tôt, il avait noté l'apparition de macules rouges confluentes au visage. Le patient est moche et fait 38,9 °C de température.

Un mois auparavant, son rhumatologue avait ajouté du plaquenil au traitement du lupus et son médecin de famille l'avait traité quatre jours plus tôt pour une surinfection bronchique avec de la moxifloxacine.

Concernant le bilan sanguin, on note pour la formule sanguine un décompte normal de globules blancs et rouges, mais les plaquettes sont à 2 000/mL. Le reste du bilan infectieux est négatif.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit fort probablement d'un purpura thrombocytopénique secondaire à une réaction allergique à la moxifloxacine. La composante auto-immune en lien avec le lupus est écartée à cause du bilan majoritairement normal et de la stabilisation de la maladie lupique lors de l'hospitalisation précédente.

2. Quel est le traitement?

Il faut cesser le médicament en cause, soit la moxifloxacine dans le cas présent. De même, étant donné le très faible niveau de



*Dr Jean-François Roussy
Résident 1, médecine interne*

*Dre Karine Martel
Résidente 1, médecine familiale*

*Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste*

plaquettes (< 10 000 plaquettes), un traitement aux corticostéroïdes (1 mg/kg prise orale, une fois par jour) est utile pour atteindre un niveau normal de plaquettes et, par la suite, un sevrage graduel sur quatre à six semaines.

*Il s'agit fort probablement
d'un purpura
thrombocytopénique
secondaire à une
réaction allergique à
la moxifloxacine.*

Cas n° 4

Il s'agit d'un patient âgé de 55 ans, diabétique depuis 15 ans, plus ou moins bien contrôlé avec des hypoglycémifiants oraux et une diète. Depuis une semaine, il présente une ulcération au pied gauche. La formation de celle-ci a débuté par une rougeur locale, à la suite d'un changement de souliers, avec un écoulement purulent dont un prélèvement pour culture démontre la présence d'une flore mixte aérobie/anaérobie (*Staphylococcus aureus*, Streptocoque β -hémolytique du groupe B, *Enterobacter spp.* et *Bacteroides fragilis*).

1. Quel est le diagnostic et la conduite à tenir?

Chez un patient diabétique, une lésion de cette nature au pied doit toujours nous faire soupçonner une infection profonde, telle une ostéomyélite. La radiographie du pied gauche du patient est normale, sans apparence de remaniement osseux, et la scintigraphie osseuse démontre une hypercaptation du produit radioactif au niveau de la première et de la deuxième métatarse du pied gauche compatible avec une ostéomyélite. Une évaluation de l'intégrité vasculaire des membres inférieurs est demandée. Le patient est traité avec une combinaison de pipéracilline et tazobactam 3,375 g i.v. aux six heures, pour une période de six semaines, avec une amélioration clinique et radiologique totale.



Dr Jean-François Roussy
Résident 1, médecine interne

Dre Karine Martel
Résidente 1, médecine familiale

Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste

Chez un patient diabétique, une lésion de cette nature au pied doit toujours nous faire soupçonner une infection profonde, telle une ostéomyélite.

Pour un autre cas, voir la page 47.

Cas n° 5

Depuis la fin du mois d'août 2007, cette jeune femme, âgée de 40 ans, présente ces lésions au membre inférieur gauche. La patiente a passé l'été en camping. À quelques reprises, elle se lavait et se rasait dans l'eau du lac se trouvant à proximité.

Elle a eu un traitement incluant un antibiotique oral, et ce, sans amélioration, de même qu'un antifongique et une crème à base de stéroïdes, sans davantage de résultats. Devant une évolution clinique sans contrôle, une biopsie de la peau a été faite en octobre 2007.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une infection cutanée à *Mycobacterium chelonae* ss *abcessus*. La biopsie a démontré la présence de nombreuses lésions granulomateuses, sans évidence de BAAR à la coloration de Ziehl-Neelsen. La culture a démontré le *Mycobacterium chelonae* 12 jours après l'ensemencement.

Le *Mycobacterium chelonae* est isolé dans la nature partout dans le monde. L'eau potable et l'eau des lacs sont les principaux endroits où on le retrouve. Il produit diverses infections de plaies cutanées (comme dans le cas présent) ou chirurgicales (chirurgie cardiaque, mammoplastie) ou des infections pulmonaires. Les infections pulmonaires sont habituellement associées à d'autres maladies pulmonaires sous-jacentes, comme la MPOC, la mucoviscidose ou la bronchiectasie. La présence de ce germe dans un spécimen pulmonaire doit cependant être interprétée avec prudence, puisqu'on le retrouve souvent comme contaminant des voies respiratoires et du tractus digestif. La dissémination du germe est rare et souvent associée à une immunosuppression de l'hôte.



Dr Jean-François Roussy
Résident 1, médecine interne

Dre Karine Martel
Résidente 1, médecine familiale

Dr Alain Martel
Microbiologiste-infectiologue, interniste

2. Quel est le traitement?

Un traitement à la clarithromycine, 1 000 mg une fois par jour, prise oralement, a été débuté en octobre et, depuis, la lésion semble s'atténuer en superficie. La patiente reviendra dans six mois afin de contrôler l'évolution.

Pour un autre cas, voir la page suivante.

Cas n° 6

Un fermier de 70 ans a contracté cette lésion sur sa lèvre inférieure.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un carcinome squameux.

2. Quelle est la cause de l'affection?

L'exposition chronique à la lumière ultraviolette.

3. Quel est le traitement?

L'excision chirurgicale.



Dr Rob Miller, dermatologue

Cas n° 7

Une adolescente de 12 ans se présente avec une papule érythémateuse d'un millimètre avec télangiectasies radiantes au menton.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un angiome stellaire (*nævus araneus*).

2. Chez qui cette lésion est-elle la plus courante?

Chez les enfants, les femmes enceintes, les alcooliques ou les patients atteints d'une maladie du foie.

3. Comment prenez-vous cette maladie en charge?

La lésion est bénigne et peut ne pas être traitée car elle peut se résorber spontanément. Autrement, l'électrodessication ou le laser peut être très efficace.



Dr Benjamin Barankin, dermatologue

Cas n° 8

Un enfant de cinq ans présentait une douleur abdominale intense au quadrant inférieur droit. La laparotomie a montré une masse au bout de l'appendice.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une tumeur carcinoïde de l'appendice.

2. Quelle est l'importance de l'affection?

La tumeur carcinoïde de l'appendice est l'un des néoplasmes les plus courants des voies gastro-intestinales dans l'enfance. Contrairement aux tumeurs carcinoïdes des autres parties de l'intestin, celle de l'appendice se développe à partir des cellules endocrines sous-épithéliales et sa croissance est confinée exclusivement à la *lamina propria*. Le syndrome carcinoïde (bouffées vasomotrices, diarrhée) n'a pas été signalé chez les sujets d'âge pédiatrique.


3. Quel est le traitement?

Pour les tumeurs de moins de deux centimètres de diamètre, l'appendicectomie est le traitement de choix. L'hémicolectomie droite ou la résection du cæcum devrait être envisagée pour les tumeurs de plus de deux centimètres de diamètre.



Dr Alexander K.C. Leung, pédiatre
Dr Andrew L. Wong, pédiatre

Pour un autre cas, voir la page 51.




MARCHE DE L'ESPOIR
POUR LA SCLÉROSE EN PLAQUES


27 avril 2008
1^{er} juin 2008
14 septembre 2008

Circuits :
entre 2 km et 10 km
(selon la ville)


Accessibles
aux personnes
en fauteuil roulant

Marchez pour stopper la SP!





Crédit photo: Wayne Turner
Robert Toupin
Comédien et porte-parole



Sébastien Benoit
Animateur et porte-parole

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT :
514-849-7591 ou 1-800-268-7582 ou
www.marchedelespoir.com

Au profit de :
Société canadienne de la sclérose en plaques
SP
Division du Québec

Cas n° 9

La photo ci-contre montre le doigt d'un homme de 41 ans. Les lésions linéaires caractéristiques sont visibles sous l'ongle.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une hémorragie linéaire sous-unguéale.

2. Quelle est l'importance des lésions?

La forme linéaire caractéristique des lésions est déterminée par les bords et les sillons longitudinaux du lit de l'ongle. En particulier, les lésions distales sont attribuables à un trauma mineur. Les hémorragies linéaires sous-unguéales proximales peuvent faire partie d'une endocardite bactérienne subaiguë.



Dr Jerzy Pawlak, dermatologue

Cas n° 10

Depuis les cinq dernières années, cet homme de 56 ans a cette verrue persistante au talon. Les traitements multiples avec de l'azote liquide se sont révélés impuissants à guérir la lésion.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un mélanome malin amélanique (la lésion illustrée était un mélanome de stade IV).

2. Quel est le traitement?

L'excision chirurgicale doit être effectuée après une confirmation par biopsie.



Dr Rob Miller, dermatologue

Pour un autre cas, voir la page suivante.

Cas n° 11

Pendant un an, un garçonnet de trois ans a présenté un écoulement séreux intermittent provenant de l'ombilic. Aucun écoulement fécal ou purulent n'a été observé. L'examen physique a montré une hyperémie et un écoulement séreux provenant de l'ombilic. L'analyse d'urine était normale.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un sinus de l'ouraque.

2. Quelle est l'importance de l'affection?

L'ouraque est une structure tubulaire connectant la vessie fœtale et l'ombilic. À la naissance, l'ouraque involue pour devenir un cordon fibreux. L'échec de cette involution à l'extrémité ombilicale aboutit à la formation d'un sinus de l'ouraque.

3. Quel est le traitement?

L'excision du sinus.



Dr Alexander K.C. Leung, pédiatre
Dr Andrew L. Wong, pédiatre

L'échec de cette involution à l'extrémité ombilicale aboutit à la formation d'un sinus de l'ouraque.

Cas n° 12

Une gymnaste de 15 ans a sur la paume de la main une plaque verruqueuse occasionnellement sensible au toucher. Il n'y a pas d'autres lésions ailleurs et la patiente n'a pas d'animaux domestiques.

1. Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une *verruca vulgaris* (verrue).

2. Quels sont les différents types de la lésion?

Commune, filiforme, plate, en mosaïque et palmoplantaire profonde.

3. Quelle prise en charge allez-vous effectuer?

Il faut éduquer la patiente sur la nature virale, bénigne et persistante des verrues. La cryothérapie à l'azote liquide doit être répétée tous les mois, et l'utilisation à domicile de préparations d'acide acétylsalicylique est le traitement standard. La patience est la clé du problème.



Dr Benjamin Barankin, dermatologue

La cryothérapie à l'azote liquide doit être répétée tous les mois, et l'utilisation à domicile de préparations d'acide acétylsalicylique est le traitement standard.

Pour un autre cas, voir la page 55.

An advertisement for Caltrate PLUS. The top part features a yellow and blue banner with the text "AIDE À PRÉVENIR LA PERTE OSSEUSE ET L'OSTÉOPOROSE Avec 400 UI de vitamine D". Below this is the product name "Caltrate PLUS" in a stylized font, with a registered trademark symbol. At the bottom left is the CCPP logo, and at the bottom right is the text "Monographie disponible sur demande Wyeth Soins de santé inc. Mississauga, ON, Canada L4Z 3M6".

Cas n° 13

Cet homme adulte présente une lésion cutanée au dos. La lésion a une pigmentation irrégulière et le contour est mal défini. Il a des antécédents familiaux importants de mélanome malin.

1. Comment ce patient a-t-il été pris en charge?

Le patient s'est fait recommander une excision chirurgicale pour ce qui pourrait être un mélanome de la poitrine. L'excision a été effectuée, et celle-ci a montré un nævus dysplasique avec une atypie cyto-architecturale grave. On n'a constaté aucune preuve non équivoque de mélanome malin.



Dr Jerzy Pawlak, dermatologue

Cas n° 14

Un homme de 77 ans, ayant reçu un diagnostic d'insuffisance rénale, présente une peau sèche avec des démangeaisons. Une induration longue et tortueuse est visible sur son bras et son avant-bras gauches.

1. De quoi s'agit-il?

Il s'agit d'une fistule artérioveineuse créée pour effectuer la dialyse rénale.



Dr Jerzy Pawlak, dermatologue

Pour un autre cas, voir la page suivante.

Cas n° 15

Une femme de 38 ans présente une peau hyperkératosique aux paumes des mains et aux plantes des pieds. Ce problème semble être courant dans sa famille. Elle est ennuyée par l'apparence et l'inconfort qui accompagnent les fissures.

1. Quel est votre diagnostic?

Il s'agit de kératodermie palmoplantaire.

2. Quels sont les différents types de cette affection?

Il existe de nombreuses formes mélangées héréditaires et acquises de cette maladie, qui sont causées par une inflammation, une infection et une médication. Toutes les formes de kératodermie palmoplantaire sont associées à une malignité interne.

3. Quel est le traitement?

Diriger le patient en dermatologie est souvent bénéfique pour déterminer la kératodermie palmoplantaire particulière dont le sujet souffre. Parmi les traitements possibles, on compte l'emploi de kératolytiques topiques, comme l'acide salicylique, et l'emploi de rétinoïdes oraux. *Clin*



Dr Benjamin Barankin, dermatologue

Il existe de nombreuses formes mélangées héréditaires et acquises de cette maladie, qui sont causées par une inflammation, une infection et une médication.