

7

Lésions contagieuses

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Des parents emmènent leur fillette de 18 mois à la clinique. Ils nous racontent que, neuf jours auparavant, un bouton est apparu sur l'intérieur de la cuisse gauche de leur enfant. Puis, plusieurs de ces lésions ont suivi au même endroit pour former un amoncellement d'une vingtaine de papules.

Le pourtour des boutons est très rouge et légèrement boursoufflé, et chaque lésion présente un petit centre, une gale d'un millimètre environ. Trois boutons se sont formés sur l'autre cuisse au même endroit (effet miroir).

Les parents ont administré, cinq jours plus tard, les traitements prescrits, soit de l'acide fucidique localement, et, deux jours plus tard, de la céphalexine par la bouche.

Ce soir-là, bien que le côté gauche soit resté significativement identique, d'autres boutons sont apparus sur la cuisse droite.

La fillette va très bien en général, et les parents n'ont pas l'impression qu'elle aimerait se gratter. Parfois, ils suspectent un mal subitement causé par les lésions, mais il disparaît par la suite.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit du *molluscum contagiosum*.

En observant la photo, on remarque des lésions caractérisées par une papule arrondie ombiliquée de quelques millimètres de diamètre. Il est à noter que ces lésions sont plus inflammatoires qu'à l'habitude.

Quels sont les diagnostics différentiels?

Il pourrait être question d'herpès, mais l'inconfort de la fillette serait beaucoup plus marqué.

Dans le cas d'un zona, une douleur ajoutée à une absence de lésions controlatérales le caractérise, ce qui ne reflète pas la situation actuelle.

Finalement, dans le cas d'une folliculite, une sensibilité plus importante serait attendue avec une possible réponse au traitement entrepris.

Quel est le traitement?

Plusieurs traitements sont possibles, tels l'application d'imiquimod, d'un kératolytique ou d'un astringent ou encore un curetage après anesthésie topique de même que la cryothérapie.

2

Cas assez peu fréquent

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Une dame de 47 ans présente des plaques maculaires atrophiques avec pigmentation sur la région inter-scapulaire, le flanc droit et la face postérieure de la jambe gauche depuis près de 20 ans.

Aucune nouvelle lésion n'est apparue depuis plusieurs années, et il n'existe pas de liséré violacé au pourtour des lésions. Aucun symptôme articulaire, pulmonaire ni digestif n'est accusé.

Quels sont les diagnostics différentiels?

1. Eczéma atopique;
2. *Tinea corporis*;
3. Acanthosis nigricans;
4. Morphée.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit de morphée stable ou de sclérodermie circonscrite avec durcissement localisé de la peau par augmentation des fibres de collagène. Cette pathologie toucherait plus fréquemment les femmes.

Quel est le traitement?

Après confirmation du diagnostic avec le dosage d'anticorps (le facteur antinucléaire revient à 1/640 chez cette patiente), le suivi se fait par la recherche d'atteinte systémique ou de l'extension des lésions cutanées. Un traitement local est indiqué avec un stéroïde en bordure si la lésion devient inflammatoire, et le patient est adressé en spécialité si d'autres anomalies cliniques ou biologiques apparaissent.

3

Maladie malgré vaccination

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Photo 1

Une fillette de 10 ans (Photo 1) présente de l'hyperthermie depuis 48 heures avec un mal de gorge très important.

À l'examen, on note une atteinte de l'état général avec hyperthermie, un pharynx très rouge avec les amygdales suppurantes et un gonflement très sensible au toucher à l'angle de la mâchoire du côté gauche. L'enfant a déjà reçu le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO).



Photo 2

Quel sont les diagnostics différentiels?

1. Une amygdalite avec adénopathie importante;
2. Une mononucléose avec ganglions accompagnant;
3. Une adénite suppurée;
4. Un lymphome.

Quel examen confirmerait le diagnostic?

Une formule sanguine, une culture de gorge et un dosage des anticorps anti-ourliens précoces et tardifs sont demandés.

Les premiers tests ne révèlent rien, mais les anticorps sont révélateurs.

La jeune sœur montre les mêmes symptômes quelques jours plus tard (Photo 2).

Quel est le diagnostic?

Le diagnostic d'oreillons est confirmé malgré la vaccination les années précédentes.

Quel est le traitement?

L'expectative constitue le seul traitement.

4

Palais dur

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Une dame de 59 ans présente depuis un an une tuméfaction sur le palais dur.

Cette lésion est centrale, de coloration identique au reste du palais et non ulcérée à l'inspection.

La palpation met en évidence une consistance indurée et une absence de douleur.

Quels sont les diagnostics différentiels?

1. Exostose;
2. Adénocarcinome de la bouche;
3. *Torus palatinus*;
4. Sarcome.

Quel est le diagnostic?

Le *torus palatinus* est une excroissance osseuse bénigne. Elle compte, le plus souvent, moins de 2 cm de superficie et on la retrouve sur le palais dur et habituellement sur la ligne médiane. Cette excroissance peut progresser au cours de la vie, et est plus fréquente chez les femmes et dans certaines populations; cette lésion serait de transmission autosomique dominante.

Quel est le traitement?

Après confirmation du diagnostic auprès du spécialiste en otorhinolaryngologie (O.R.L.), on doit surveiller la lésion. Si sa présence devient inconfortable, une exérèse peut être réalisée.

5

Purpura potentiellement mortel

Description du cas par Dr Jean-Samuel Boudreault, résident III en médecine interne, et Dr Manuel Dominguez, interniste



Une patiente de 27 ans sans aucun antécédent personnel ni prise de médicaments se présente à l'urgence dans un contexte de fièvre. À son arrivée à l'urgence, elle a une température de 39 °C et une tension artérielle à 60/40 mm Hg. À l'examen physique, la patiente est éveillée mais confuse. Il y a présence d'un purpura au niveau des membres supérieurs, des membres inférieurs, du thorax et du dos. L'examen de la nuque démontre une raideur importante. Il y a détérioration sur le plan respiratoire, et la patiente doit rapidement être intubée. Un traitement à base de ceftriaxone en intraveineuse (IV) et de vancomycine IV est entrepris. Une ponction lombaire est effectuée en urgence et l'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) démontre une turbidité trouble, des leucocytes à $1\ 800 \times 10^6/L$, un glucose $< 0,7$ mmol/L et des protéines à 4,4 g /L. La culture du LCR démontre des diplocoques Gram négatif. Finalement, une hémoculture prouve la présence de *Neisseria meningitidis*.

Quel est le diagnostic?

Le diagnostic est une méningite compliquée d'une méningococcémie.

Le *Neisseria meningitidis* est un des agents les plus souvent incriminés lors d'une méningite bactérienne chez les enfants et les jeunes adultes. Le patient qui est atteint se présente typiquement avec des céphalées, de la fièvre, une baisse du niveau de concentration et des myalgies. Souvent, une méningococcémie se complique d'un état de choc, de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) et de purpura fulminants.

Quelle est la méthode diagnostique à privilégier?

La ponction lombaire avec l'analyse du LCR demeure le test diagnostique le plus important pour une infection systémique à méningocoque. Ce test montrera une augmentation des leucocytes ($> 1\ 000 \times 10^6/L$) avec une prédominance

neutrophilique. Il y aura une protéinorachie ($> 1,0-1,5$ g/L) et un niveau de glucose diminué ($< 2,5$ mmol/L). Toutefois, ces trouvaillies classiques peuvent être absentes. La coloration de Gram révèle des diplocoques Gram négatif, et la culture confirmera la présence de *Neisseria meningitidis*. Un traitement à base d'antibiotiques et des soins de support ne devraient, en aucun cas, être retardés par les méthodes diagnostiques.

Quel est le traitement chez l'adulte?

En absence de culture, il faut qu'une antibiothérapie à large spectre à base de vancomycine IV et de ceftriaxone IV (ou de cefotaxime IV) soit entreprise. Chez les patients de 50 ans et plus, l'ampicilline IV doit être prise afin de couvrir une possible infection à *Listeria monocytogenes*. Lorsque le méningocoque est confirmé par la coloration de Gram et la culture, le spectre d'antibiotique peut alors être rétréci en débutant par de la pénicilline IV.

6

Rougeur à la jambe

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Un camionneur de 54 ans accuse d'abord des nausées, des céphalées et des frissons. Le lendemain, il présente une rougeur douloureuse à la jambe droite.

À l'examen, sa température est à 38,1 °C et il y a présence d'une grande plaque érythémateuse légèrement cartonnée sur la face antéro-latérale interne de la jambe droite.

Quel sont les diagnostics différentiels?

1. Eczéma variqueux (stase);
2. Dermate de contact;
3. Lipodermatosclérose aiguë;
4. Érysipèle.

Quel est le diagnostic?

L'érysipèle est une dermite infectieuse causée le plus souvent par un streptocoque A. La mycose interdigitale, comme chez notre patient, les craquelures d'un eczéma variqueux, le coin d'un ongle incarné, les excoriations d'une xérose ou une plaie aiguë ponctiforme constituent d'excellentes portes d'entrées pour ce streptocoque.

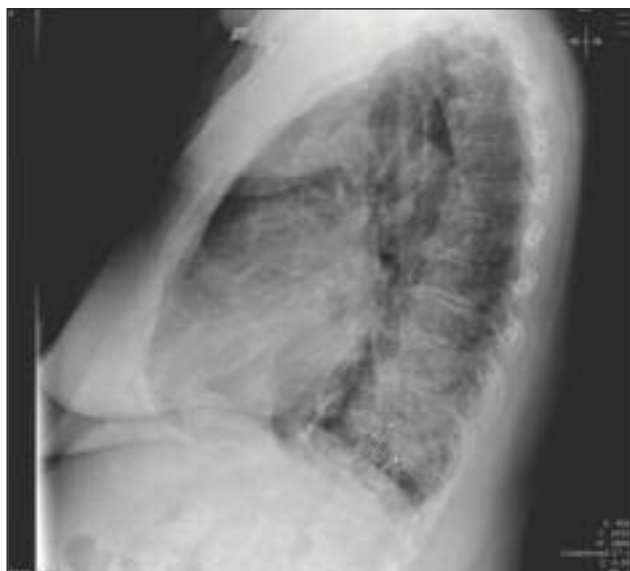
Quel est le traitement?

Le traitement est essentiellement fait de pénicilline G IV à dose importante, soit de 10 à 20 millions d'unités par jour.

7

Crise hypertensive

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, résident V en microbiologie-infectiologie, et Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue, interniste



Une femme de 70 ans entre en consultation pour crise hypertensive. Greffée rénale depuis 10 ans, elle est traitée avec de la cyclosporine et de la prednisone. Elle est également diabétique de type 2.

À l'urgence, elle développe un tableau de frissons solennels avec température à 39° C. Elle est non neutropénique et stable hémodynamiquement. Elle relate uniquement une toux sèche depuis quelques jours. Son diabète, habituellement bien contrôlé, est débalancé depuis 48 heures (glycémie capillaire [C/S] à 14-15 au lieu de 6-7). Une radiographie pulmonaire est effectuée dans le bilan septique.

Quel est le diagnostic?

Une pneumonie est clairement visible sur la radiographie et met en évidence le fait qu'un patient immunosupprimé s'avère une véritable boîte à surprise. En effet, le tableau clinique de cette patiente était très peu révélateur outre le frisson solennel récent. Ainsi, il faut être proactif dans la recherche d'une cause d'hyperthermie chez ce type de patient.

Quel est le traitement?

Cette pneumonie entre dans la classe des « *healthcare associated pneumonia* » (HCAP). Il s'agit d'une classe de pneumonies récemment décrite qui inclut des patients ayant été admis dans la dernière année à l'hôpital ou ayant des comorbidités les mettant à risque pour des germes habituellement nosocomiaux.

Ainsi, dans le cas de cette patiente, un traitement de pipéracilline-tazobactam et de ciprofloxacine a été entrepris.

8

Tache pubertaire

Description du cas par Dr Benjamin Barankin, dermatologue



Un jeune homme de 18 ans a remarqué l'apparition d'une tache brune sur son bras au moment de sa puberté, laquelle a depuis évolué vers une certaine hypertrichose.

***E**lle se situe au niveau de l'épaule, sur le haut de la poitrine ou du dos.*

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un naevus de Becker, une lésion bénigne plus fréquente chez les hommes. Elle se manifeste habituellement au moment de la puberté.

Où se situe habituellement cette lésion?

Elle se situe au niveau de l'épaule, sur le haut de la poitrine ou du dos.

Quel est le traitement?

Il faut confirmer la nature bénigne de la lésion. Si elle est suffisamment petite, la lésion peut être excisée ou l'hypertrichose peut être traitée au laser. Ce type de lésion a parfois été associé à un hamartome des muscles lisses et, dans de rares cas, à une hypoplasie mammaire unilatérale et à un mélanome.