

7

Dégradation de l'état

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, microbiologiste-infectiologue, Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue et interniste, Dre Isabelle Collin, médecin de famille



Il s'agit d'un patient âgé de 59 ans, fumeur, qui a comme antécédents une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et une dyslipidémie.

Il consulte son médecin de famille pour une diminution de la qualité de son état général, une dyspnée, avec frissons sévissant depuis deux jours, accompagnée de diarrhée (environ six selles/jour) et de température à 39 °C. Il ne tousse pas, n'a pas d'expectorations plus colorées et, à l'histoire épidémiologique, affirme travailler dans un milieu où la Santé Publique investigate actuellement une éclosion de maladie du Légionnaire.

À l'examen physique, on note un souffle tubaire thoracique antérieur droit, et une température corporelle à 38,8 °C. Les examens de laboratoire démontrent une légère leucocytose à $10\,300 \times 10^9/L$ avec une hyponatrémie à 130 mmol/L, un bilan hépatique et une fonction rénale normale. La radiographie pulmonaire est anormale.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une pneumonie franche du lobe moyen secondaire à une bactérie atypique nommée *Legionella*. En effet, l'antigène urinaire pour *Legionella pneumophila* a permis de confirmer ce diagnostic.

Quel est le traitement?

Le patient a été traité avec, au départ, de la ceftriaxone 2 g par intraveineuse aux 24 h et de l'azithromycine 500 mg par

intraveineuse d'abord, puis 500 mg per os l f.p.j. par la suite pour une période de 14 jours.

L'enquête épidémiologique de la Santé Publique est en court et s'oriente vers les tours de refroidissement des édifices de la ville.

2 Môle à surveiller

Description du cas par Dr Simon Lee, dermatologue, et Dre Nancy Ho, omnipraticienne



Un jeune homme de 16 ans présente une môle apparue il y a longtemps, mais qui a récemment changé de couleur. Il ne présente aucun antécédent familial de cancer de la peau.

Les lésions suspectes doivent faire l'objet d'une biopsie, et un examen complet de la peau au moyen d'une lampe de Wood doit être réalisé afin de déceler la présence d'autres môles.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un nævus de Sutton, ou halo-nævus.

Qu'est-ce que cela signifie?

Le nævus de Sutton est un diagnostic clinique courant chez les enfants. Sutton a fait la description d'un tel cas pour la première fois en 1916. Il s'agit d'une affection bénigne caractérisée par un infiltrat inflammatoire autour d'un nævus mélanocytaire. Une dépigmentation de la peau peut être observée autour du nævus, d'où son nom. Bien que la cause de cette réaction immunologique reste inconnue, l'inflammation subséquente entraîne la destruction des mélanocytes. La repigmentation de la peau touchée peut prendre des mois. Chez les adultes, la possibilité d'un mélanome malin avec régression spontanée (mélanome associé à une leucodermie)

doit être envisagée. Les lésions suspectes doivent faire l'objet d'une biopsie, et un examen complet de la peau au moyen d'une lampe de Wood doit être réalisé afin de déceler la présence d'autres môles. L'utilisation d'une lampe de Wood mettra en évidence les zones de dépigmentation.

Quel est le traitement?

Le pronostic est excellent, et la plupart des lésions disparaissent spontanément. Les nævi de Sutton doivent cependant être surveillés afin de déceler tout changement atypique tel qu'une sensibilité, un prurit et un saignement en vue d'exclure la possibilité d'une tumeur maligne. Dans le cas qui nous occupe, le nævus de Sutton a fait l'objet d'une biopsie. Comme l'examen pathologique a révélé la présence de caractéristiques dysplasiques, on a procédé à une excision locale étendue.

3

Masse circulaire mobile

Description du cas par Dr Alexander K. C. Leung, pédiatre, et Andrew S. Wong, étudiant en médecine



Un homme de 33 ans présente une masse circulaire et mobile sur la partie supérieure gauche du dos. La masse, dont la taille augmente lentement, est apparue il y a plus de dix ans. D'aspect lobulé, la masse est souple et sa surface est lisse.

La masse, dont la taille augmente lentement, est apparue il y a plus de dix ans.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un lipome.

Qu'est-ce que cela signifie?

Un lipome est une tumeur sous-cutanée bénigne composée d'adipocytes matures. Cliniquement, le lipome se présente sous forme de masse lobulée, souple, bien circonscrite, asymptomatique et à croissance lente. Il n'est pas attaché à la peau qui le recouvre ou aux structures sous-jacentes. Parmi les caractéristiques typiques de cette affection, on compte le fait de pouvoir faire glisser doucement le lipome en plaçant les doigts sur le pourtour de la tumeur. Le dos, les épaules et le cou sont les régions du corps le plus souvent touchées. Cette affection est plus fréquente chez les adultes, et elle est rarement observée chez les enfants. Dans la plupart des cas,

les lipomes apparaissent seuls et ils sont indolores et asymptomatiques. Dans de rares cas, ils peuvent être associés à une lipomatose multiple familiale, à une adipeuse douloureuse, à la maladie de Madelung et au syndrome de Gardner. Nécrose adipeuse, calcification ou changement xanthomateux comptent parmi les complications du lipome. L'apparition d'un liposarcome est spontanée et n'est pas le résultat d'une lésion bénigne.

Quel est le traitement?

Cette affection est bénigne et ne nécessite aucun traitement. Un traitement ne doit être envisagé que pour des raisons esthétiques ou en cas de lésions douloureuses ou à croissance rapide. L'excision, l'injection de corticostéroïdes et la liposuction comptent parmi les options thérapeutiques.

4

Chutes nocturnes

Description du cas par Dr Abdul Gayyum Rana, neurologue, et les Drs Faisal R. Khan et Waheed Khan, omnipraticiens

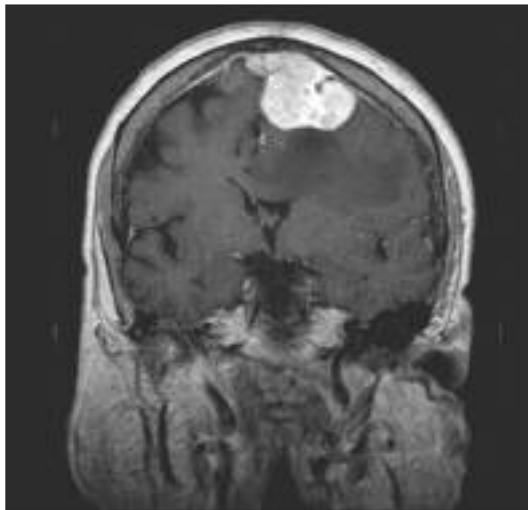


Figure 1.

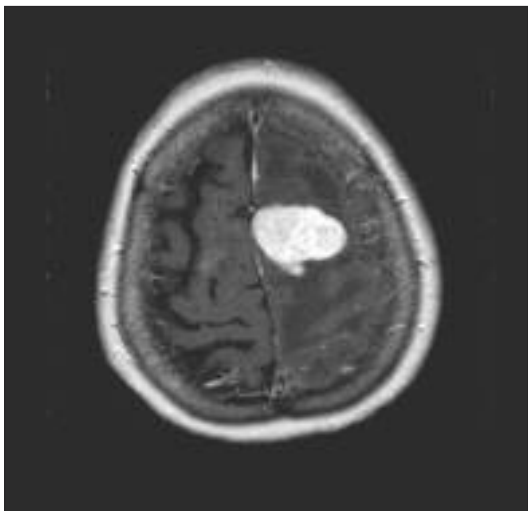


Figure 2.

Une femme de 65 ans a fait plusieurs chutes après s'être levée la nuit pour se rendre à la salle de bain. Elle a souffert d'une crise d'épilepsie généralisée d'une durée de deux minutes. Les Figures 1 et 2 montrent les résultats de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de son cerveau.

Que montrent ces images?

L'IRM montre une lésion hyperintense extra-axiale frontale gauche accompagnée, tel que mis en évidence par l'administration d'un produit de contraste, d'un épaississement diffus avec un aspect de queue de comète.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un méningiome du lobe frontal gauche.

Quel est le traitement?

Un médicament anti-épileptique doit être prescrit, et la tumeur doit être retirée par chirurgie.

5

Engourdissement progressif

Description du cas par Dr Abdul Qayyum Rana, neurologue, et Drs Faisal R. Khan et Waheed Khan, omnipraticiens



Figure 1.

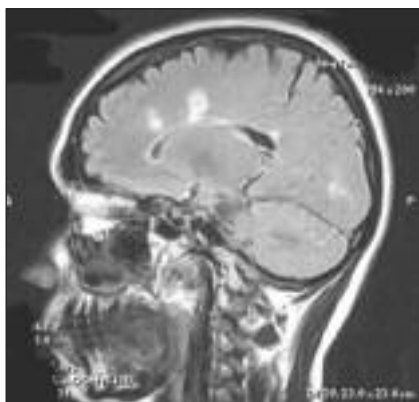


Figure 2.

Une femme de 43 ans souffre d'un engourdissement progressif partant de l'aisselle droite et allant jusqu'au tronc et aux jambes. Elle ne présente aucun trouble de vision ou de parole et elle n'a pas de difficulté à avaler. Elle ne ressent aucune faiblesse et ne présente aucun symptôme intestinal ou problème de vessie. Les symptômes se sont améliorés au cours des quatre semaines suivantes.

Trois mois plus tard, elle souffre à nouveau d'un engourdissement persistant du côté gauche. Encore une fois, les symptômes disparaissent après trois semaines.

***E**lle ne ressent aucune faiblesse et ne présente aucun symptôme intestinal ou problème de vessie.*

Que montre l'IRM?

Les résultats de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée au moyen de la méthode d'inversion-récupération FLAIR (*fluid-attenuated inversion recovery*) montrent des anomalies au cerveau avec signal asymétrique, ovale et hyperintense dans le cerveau évoquant des lésions de la substance blanche de différentes tailles et ayant un aspect en cible. Ces lésions touchent également le corps calleux et sont fortement évocatrices d'un trouble de démyélinisation.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit de la sclérose en plaques.

Quel est le traitement?

Les exacerbations aiguës doivent être traitées au moyen de doses élevées de corticostéroïdes intraveineux, et le traitement à long terme doit être composé d'agents modificateurs de la maladie tels les interférons.

6

Douleur à la jambe droite

Description du cas par Dr Alexander K. C. Leung, pédiatre, Andrew S. Wong, omnipraticien, et Dr Alexander A. Leung, interniste



Une femme de 48 ans souffre d'une douleur à la jambe droite et dans le bas de la cuisse droite depuis six jours. Elle ne présente aucun antécédent de fièvre, de perte de poids, d'essoufflement ou de cathétérisme veineux récent. L'examen physique montre une structure rouge, palpable, sensible et ayant l'aspect d'une mèche au niveau de la jambe droite, jusqu'au bas de la cuisse droite.

***E**lle ne présente aucun antécédent de fièvre, de perte de poids, d'essoufflement ou de cathétérisme veineux récent.*

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une thrombophlébite superficielle.

Quelle est la cause de cette lésion?

La thrombophlébite superficielle se caractérise par une structure douloureuse ou sensible, érythémateuse, palpable et ayant l'aspect d'une mèche qui s'étire le long d'une veine superficielle, le plus souvent, d'un membre inférieur. Elle est associée à un état d'hypercoagulabilité lié, notamment, à la grossesse, à l'utilisation de la pilule contraceptive, à des vascularites (maladies de Behçet et de Buerger) ou à une tumeur maligne (signe de Trousseau). Habituellement, la thrombophlébite superficielle de forme purulente touche principalement les enfants, et elle est souvent attribuable à des cathéters veineux ou à des aiguilles, tous deux contaminés.

Dans de rares cas, une thrombophlébite superficielle peut se prolonger vers le système veineux profond par les veines perforantes et causer une thrombose veineuse profonde et une embolie pulmonaire. Le risque de thrombose veineuse profonde est plus élevé lorsque la grande veine saphène proximale ou la jonction saphéno-fémorale sont touchées.

En quoi consiste la prise en charge de cette lésion?

Bien que dans la majorité des cas les symptômes disparaissent spontanément, le traitement d'appoint consiste notamment en l'utilisation de bas de contention et en la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Un traitement anticoagulant à action générale ou une chirurgie peuvent être indiqués dans les cas associés à une thromboembolie veineuse. L'utilisation d'un antibiotique est nécessaire si l'affection est attribuable à une infection bactérienne.

7 Tache sur l'amygdale

Description du cas par Dr Jerzy Pawlak, omnipraticien



Un homme de 23 ans présente, depuis deux mois, une tache jaune pâle sur l'amygdale droite. Autrement, il se sent bien. Il n'a pas mal à la gorge et il ne présente aucune hypertrophie des amygdales ou de lymphadénopathie locale.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un calcul amygdalien ou d'une amygdalolithe.

Qu'est-ce que cela signifie?

Les amygdalolithes ou les calculs amygdaliens sont des calcifications qui se forment dans les cryptes des amygdales palatines. Les amygdalolithes peuvent également se former dans la gorge et sur le palais. Les amygdales renferment de nombreuses cavités et fentes où les bactéries et d'autres matières, y compris des cellules mortes et du mucus, peuvent demeurer emprisonnées. Le cas échéant, les débris peuvent s'accumuler dans les cavités sous forme d'amas blanc. Les calculs amygdaliens se forment lorsque les débris emprisonnés durcissent ou se calcifient. Le plus souvent, cette affection

survient chez les personnes souffrant d'inflammation chronique des amygdales ou d'amygdalites à répétition.

Quel est le traitement?

Le traitement consiste à extraire le calcul des cryptes à l'aide d'un écouvillon ou en pratiquant un curetage – une excision locale peut s'avérer nécessaire en cas de calculs de plus grande taille.

Quel est le diagnostic différentiel?

Dans le diagnostic différentiel des calculs amygdaliens, on doit tenir compte des corps étrangers, des granulomes calcifiés, des tumeurs malignes, d'une hypertrophie de l'apophyse styloïde ou, dans de rares cas, d'un os isolé provenant habituellement de résidus embryonnaires des arcs branchiaux.

8 Crainte de consulter

Description du cas par Dr Langis Dionne, omnipraticien



Un homme de 28 ans sans antécédent est transféré d'un autre centre hospitalier pour intoxication aiguë et écoulement purulent frontal.

Il rapporte un écoulement frontal purulent présent depuis environ un an, écoulement qui a débuté par une sinusite compliquée d'une tuméfaction frontale douloureuse. À ce moment-là, il y a un an, l'homme a consulté un médecin qui l'a adressé à un spécialiste, mais il n'est toutefois jamais allé en consultation par crainte du résultat.

Cette condition a entraîné un important comportement d'évitement chez le patient qui ne travaille plus et qui a presque cessé toute activité sociale.

Le patient ne fait pas de fièvre, n'a pas de frisson, de raideur de nuque ou de déficit neurologique.

Quels examens mènent au diagnostic?

L'examen physique démontre un écoulement purulent frontal avec un sinus épithélial sans aucun signe d'érythème, de cellulite ou d'infection des tissus mous. L'examen neurologique est normal, et il n'y a aucun signe de méningite.

Analyses biochimiques : à l'examen sanguin, il n'y pas de leucocytose.

La tomодensitométrie cérébrale révèle une collection épидurale bifrontale bien localisée qui se rehausse ainsi qu'une perforation de la table antérieure et postérieure du sinus frontal. Aucun œdème cérébral n'y est cependant associé.

À l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau, ce sont les mêmes trouvailles qu'à la tomодensitométrie : il y a restriction de la diffusion, ce qui caractérise une collection infectée.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une sinusite compliquée d'ostéomyélite frontale et d'abcès épидuraux bifrontaux.

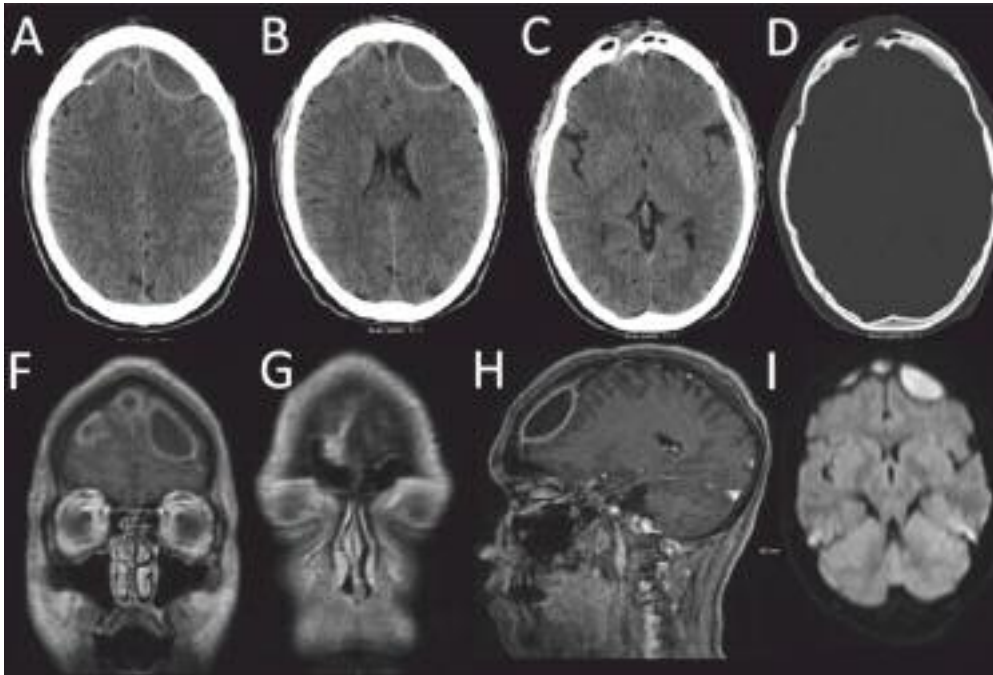
Quel est le traitement?

Le patient a été opéré et a subi une crâniotomie bifrontale, un drainage d'abcès épидuraux, une crâniatisation du sinus frontal, une exérèse de l'os infecté et une reconstruction avec volet osseux crânien autologue et plaque de titane.

Les cultures profondes sont positives pour du *Streptococcus intermedius*.

Le patient a reçu un traitement pendant six semaines avec antibiothérapie IV, et la décision de poursuivre celui-ci pendant plusieurs mois avec des antibiotiques *per os* a été prise.

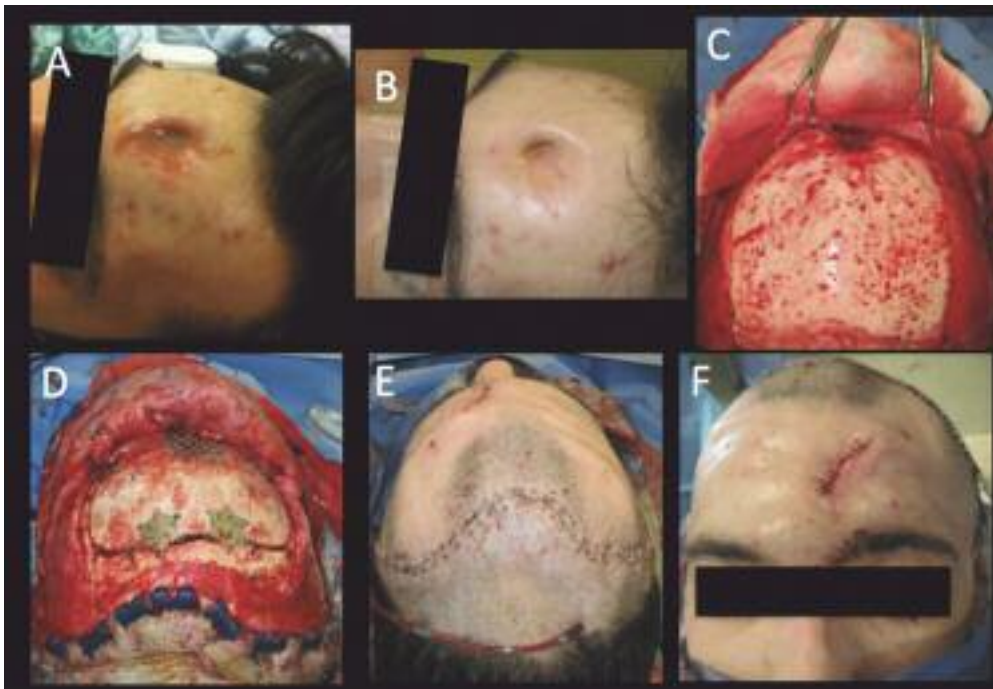
Par la suite, la tomодensitométrie a démontré une excellente évolution : il y a eu une résolution complète des collections. Un suivi conjoint en neurochirurgie et en microbiologie doit être effectué.



A, B, C, D : tomodensitométrie cérébrale C+, lésion extra-axiale rehaussante bifrontale avec effet de masse local sur les lobes frontaux.

D : destruction de la table antérieure et postérieure du sinus frontal.

F, G, H, I : IRM cérébrale, coupes coronales T1 post-gadolinium (F, G). Coupe sagittale T1 post-gadolinium (H), diffusion (I).



A et B : photo pré-opératoire. C : vue per-opératoire de la destruction de la table externe du sinus frontal

D : vue per-opératoire à la fin de la procédure. E et F : vue immédiate post-opératoire.

9

Lésion à surveiller

Description du cas par Dr Werner Oberholzer, omnipraticien



Une femme de 64 ans présente une lésion à évolution lente sur l'avant-bras gauche, qui mesure maintenant 2,3 cm sur 1,2 cm. Compte tenu du risque de tumeur maligne, on procède à une excision étendue suivie d'une suture primitive.

Quel est le diagnostic?

L'examen histologique confirme la présence d'un carcinome basocellulaire superficiel accompagné de marges d'exérèse évidentes.

Le carcinome basocellulaire se présente sous forme de taches écailleuses ou de papules roses ou brun rouge au centre clair. Il peut se manifester sous forme d'ulcères et de nodules insidieux, indolores et persistants.

Quelle est la fréquence de ce type de lésion?

Le carcinome basocellulaire compte pour environ 80 % des cas de cancers de la peau autres qu'un mélanome. Le plus souvent, les tumeurs surviennent entre l'âge de 40 et de 60 ans, habituellement sur la peau exposée au soleil.

Quel est le traitement?

En cas de carcinomes basocellulaires superficiels de petite taille, on peut procéder à un curetage, à une cryothérapie ou à une exérèse. L'excision chirurgicale de la lésion et d'une marge de tissus normaux est généralement recommandée en cas de lésions de plus grande taille. L'excision permet de réaliser un examen histologique de la lésion visant à confirmer son bien-fondé.