

# **DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE**

## **Epreuve de vérification des connaissances pratiques**

### **TOUS LES CAS CLINIQUES SONT A TRAITER**

***Attention les réponses doivent courtes et précises***

#### **Cas clinique 1**

Paul M, 3 ans, est amené aux urgences pour un érythème, qui a débuté tout autour de la bouche et aux aisselles où la peau commence à décoller. L'érythème s'est étendu en moins de 24h sur l'ensemble du tronc, comme « un coup de soleil ». Il est difficile de toucher Paul qui apparaît très douloureux. En quelques heures la peau décolle sur le haut du dos au moindre frottement. On ne retrouve pas d'adénopathies, pas d'hépatosplénomégalie, les muqueuses ne sont pas atteintes, l'enfant est apyrétique.

Paul est hospitalisé.

Dans ses antécédents on note que l'enfant est atopique et reçoit pour son prurit de la desloratadine depuis 1 mois (1, 25mg/24h). Sa dermatite atopique évolue par poussées itératives traitées par desonide crème 0.1%. La consommation est d'1/2 tube par mois.

Le bilan biologique réalisé à l'entrée retrouve une NFS normale, en dehors d'une hyperéosinophilie à 800 éléments/mm<sup>3</sup>. Une légère déshydratation au bilan biologique. Une VS à 2. Un bilan hépatique normal.

**Q 1-** Quel diagnostic évoquez-vous chez Paul, qui a conduit à cette hospitalisation en urgence. Argumentez avec des réponses précises et courtes

**Q 2-** Quelle est votre stratégie thérapeutique ?

**Q 3-** Comment expliquez-vous l'apyrexie et le bilan biologique sans syndrome inflammatoire ? Quels mécanismes physiopathologiques évoquez-vous ?

**Q 4-** L'enfant s'améliore spectaculairement au bout de 3 jours d'antibiotique.

Les parents rassurés vous félicitent d'avoir guéri leur enfant en quelques jours. Ils vous font part de leur désarroi pour l'eczéma de Paul qui récidive et vous posent les questions suivantes (répondez sans détailler avec des quelques mots précis) :

-est-ce normal que l'eczéma revienne alors qu'ils ont « appliqué de la cortisone » ?

-la crème desonide à 1% leur semble dangereuse, « ils font très attention à en mettre très peu », est-ce qu'il n'y a pas un meilleur traitement que les dermocorticoïdes pour l'eczéma de Paul ?

-vous sentez qu'ils n'ont pas bien compris ce qu'est la dermatite atopique et les traitements qui leur ont été prescrits, que leur conseillez-vous ?

Répondez

## Cas clinique 2

Un patient de 78 ans vous consulte pour une lésion cutanée bourgeonnante de 12 mm de la jambe droite pour laquelle vous portez le diagnostic clinique de carcinome épidermoïde cutané, suffisamment typique pour ne pas réaliser de biopsie.

Vous retenez dans ses antécédents un diabète insulino-requérant, un œdème de Quincke à la pénicilline.

**Q 1-**Quels sont les critères cliniques qui pourraient conduire à classer cette lésion dans le groupe 2 (à risque significatif de récurrence et/ou de métastases)

**Q 2-**Ce patient ne présente aucun de ces critères. Quelle prise en charge thérapeutique réalisez-vous ?

**Q 3-**Vous revoyez le patient avec les résultats histologiques. L'examen anatomopathologique confirme un carcinome épidermoïde bien différencié, infiltrant le derme, d'épaisseur tumorale 2 mm, sans envahissement périnerveux, d'exérèse complète, vous ne présentez pas le dossier en RCP : Proposez-vous une prise en charge complémentaire ? si oui, laquelle ?  
Ensuite quel suivi proposez-vous ?

**Q 4-**Le patient vous rappelle 48h plus tard car il a des frissons et de la fièvre à 39°C et une jambe rouge et douloureuse autour de la cicatrice. En consultation, vous confirmez un érysipèle. Comment et où (en ambulatoire ou en hospitalisation) traitez-vous ce patient ? Proposez une antibiothérapie pour l'érysipèle (antibiotique proposé, posologie, durée)

**Q 5-**Quels signes de gravité initiaux ou au cours de l'évolution pourraient faire suspecter une dermo-hypodermite bactérienne nécrosante ?

**Q 6-**Le patient ne présente aucun de ces signes : Proposez une antibiothérapie pour l'érysipèle (antibiotique proposé, posologie, durée) :

.

## Cas clinique 3

Mr M, 82 ans, consulte pour un prurit diffus depuis 2 ans. Il a un antécédent d'hypertension artérielle traitée par amlodipine et une appendicectomie dans l'enfance. Il fume 20 cigarettes par jour. A l'examen, il présente des excoriations diffuses et des lésions nodulaires. Il n'y a pas de recrudescence nocturne et pas d'argument pour une scabiose.

**Q 1-** Quel est votre diagnostic clinique ?

**Q 2-** Vous faites un bilan biologique pour rechercher des causes systémiques de prurit. Quelles causes allez-vous rechercher ? Citez-en 6 principales

**Q 3-** Compte tenu de son âge, vous souhaitez éliminer une pemphigoïde au stade pré-bulleux. Quels examens pouvez-vous réaliser pour étayer cette hypothèse?

**Q 4-** Vous proposez au patient de commencer un traitement par methotrexate. Quels sont les 2 paramètres essentiels que vous allez surveiller au niveau biologique ?

**Q 5-** Le traitement par methotrexate a eu peu d'efficacité et vous l'arrêtez au bout de 4 mois. Vous proposez de démarrer un traitement par prégabaline (Lyrica®). Citez 2 effets secondaires fréquents

## **Cas clinique 4**

Un homme de 35 ans est adressé aux consultations de dermatologie de l'hôpital, par un collègue dermatologue libéral, pour la suite de la prise en charge d'un psoriasis vulgaire (commun) sévère évoluant depuis plus de 10 ans.

Il ne présente aucun antécédent en dehors d'une obésité sévère et d'une appendicectomie.

Il a déjà reçu comme traitement différents soins locaux par dermocorticoïdes, plus de 60 séances de photothérapie UVB-TL01.

**Q 1-** Sur quels arguments cliniques retiendrez-vous le diagnostic de psoriasis vulgaire (commun)?

**Q 2-** Quels sont les éléments anamnestiques et cliniques qui pourraient vous faire suspecter une atteinte articulaire périphérique associée ?

Au final vous ne retenez aucun argument pour un rhumatisme psoriasique et vous envisagez d'introduire un traitement par méthotrexate.

**Q 3-** Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ?

Après 2 ans de méthotrexate à dose optimale, ayant permis au départ un blanchiment complet, vous objectivez lors de votre suivi un échappement thérapeutique avec une atteinte de plus de 30% de la surface corporelle avec un retentissement majeur sur la qualité de vie (échelle DLQI à 15). Il n'y a toujours aucun argument pour une atteinte articulaire.

**Q 4-** Quelles autres options thérapeutiques proposez-vous à ce patient ?

**Q 5-** Il vous questionne au sujet de l'impact de son obésité sur son psoriasis et le lien entre ces 2 affections. Quelles sont les informations que vous lui fournissez ?