

Observation n° 1

P r P A u b r y

Une enfant de 15 mois est amenée par sa mère à la consultation du service de pédiatrie de l'Hôpital de Soavinandrina à Antananarivo, Madagascar, pour une détresse respiratoire avec fièvre et diarrhée. La symptomatologie a débuté 9 jours plutôt par une éruption généralisée maculo-papuleuse, précédée, aux dires de la mère, d'une fièvre élevée et d'une toux non productive.



Photographie de l'enfant portée par sa mère

A l'admission, la température est à 39,6°C, le poids est de 8,500 kg pour une taille de 78 cm. Il existe une conjonctivite et une rhinorrhée purulentes et une desquamation généralisée donnant un aspect tigré au revêtement cutané. L'enfant est polypnéique avec un tirage sous-costal. A l'auscultation pulmonaire, le murmure vésiculaire est diminué dans le champ pulmonaire droit avec des râles bronchiques diffus dans les deux champs pulmonaires. Il existe également une otite suppurée droite. L'examen endobuccal ne montre pas de lésion muqueuse. L'abdomen est souple, sans pli cutané. Le reste de l'examen somatique est normal.

La radiographie pulmonaire faite à l'entrée montre des opacités macro-nodulaires floues prédominantes à droite.

Questions

P o i n t s

- | | |
|---|---|
| 1- Quel est votre diagnostic ? | 2 |
| 2- Quels sont les 3 critères majeurs retenus par l'OMS pour retenir le diagnostic ? | 3 |
| 3- Quelles sont les complications à redouter à partir du 11ème jour de la maladie ? | 5 |
| 4- Quelle est l'épidémiologie de cette maladie dans les PED ? | 5 |
| 5- Quels traitements doivent être prescrits ? | 3 |
| 6- Quelle est la prophylaxie de cette maladie ? | 2 |

Observation n° 1

Réponses

1- Cette enfant présente une rougeole en phase d'état, vue au 9ème jour de l'éruption. C'est une rougeole compliquée d'une broncho-pneumopathie dyspnéisante, d'une otite suppurée, d'une conjonctivite et d'une rhinorrhée purulentes. Le diagnostic de rougeole est évident devant l'aspect de l'éruption faite de maculopapules érythémateuses ayant commencé à desquamer et réalisant un aspect tigré.

2- Les 3 critères majeurs de l'OMS sont ici présents : éruption, fièvre et atteinte des voies aériennes supérieures. L'examen endobuccal ne montre pas de taches blanchâtres, le signe de Köplik étant limité dans le temps à la période d'invasion.

3- Les principales complications à redouter sont celles de la période post-rougeole, à partir du 11ème jour de la maladie. Ce sont la primo-infection herpétique, la candidose digestive, le noma, le kwashiorkor, la xérophtamie.

4- Dans les PED, les facteurs favorisant une rougeole sévère sont nombreux, en particulier malnutrition protéino-énergétique, déficit en vitamine A, famille nombreuse. Les épidémies de rougeole sont particulièrement meurtrières chez les enfants déplacés non vaccinés (camp de réfugiés). La rougeole atteint les enfants très jeunes vers 9 mois, d'où la nécessité de vacciner avant l'âge d'un an.

La rougeole fait partie des six maladies du programme élargi de vaccinations lancé par l'OMS en 1977. Grâce aux activités de vaccination, la mortalité de la rougeole a globalement diminué dans le monde depuis 1999, la plus forte baisse s'étant produite en Afrique, la couverture par le vaccin antirougeoleux passant de 55% en 1999 à 65% en 2003.

5- Le traitement consiste en une désinfection ORL et oculaire (gouttes nasales, collyre), en la prescription d'un antibiotique à large spectre, en une réhydratation, une renutrition et un apport de vitamine A (200 000 UI per os).

Le recours à une antibiothérapie doit être large en cas de surinfection respiratoire : amoxicilline, cotrimoxazole, synergistines (pristinamycine), macrolides (érythromycine) peuvent être prescrits. L

Il n'y a pas de traitement antiviral spécifique de la rougeole.

6- La vaccination contre la rougeole utilise un vaccin atténué, administré en une seule injection par voie S/C ou IM, avec une deuxième occasion de vaccination. Le vaccin antirougeoleux est bien toléré et assure une protection durable et probablement à vie. Les réactions indésirables sont, en général, bénignes et passagères. Il faut systématiquement vacciner tous les enfants, y compris les enfants VIH positifs, sauf en cas d'immunodéficience grave connue ou suspectée. La transmission de la rougeole, maladie évitable par la vaccination, peut être interrompue si la couverture vaccinale est de l'ordre de 90%.

Grille de corrections (sur 20)

Points

1- Diagnostic : rougeole en phase d'état	2
2- Les 3 critères de l'OMS : éruption, fièvre, atteinte des VAS	3
3- Complications à redouter : primoinfection herpétique, candidose digestive, noma, kwashiorkor, xérophtalmie	5
4- Epidémiologie : Facteurs favorisante : malnutrion, déficit en vitamine A, famille nombreuse	3
+ camp de réfugiés	1
+ jeune âge (9 mois)	1
5- Traitement : désinfection ORL, antibiothérapie, vitamine A	3
6- Prévention : vaccin atténué, couverture vaccinale à 90%	2

Observation n° 2

Un homme de 62 ans, tahitien, ancien marin de commerce vivant à Marseille, ayant navigué dans l'Océan pacifique (Polynésie, Nouvelle-Calédonie) jusqu'à sa retraite il y a 2 ans, est hospitalisé pour une poussée d'éléments nodulaires cutanés et des douleurs au niveau des membres.

*Photographie des membres supérieurs :
présence de nouures*



L'examen clinique met en évidence :

- des nouures disséminées sur le revêtement cutané dont certaines sont nécrotiques,
- une multinévrite hyperalgique avec des troubles moteurs et sensitifs au niveau des membres : anesthésie en chaussette, déficit des releveurs des pieds, steppage, hypertrophie du nerf cubital droit, amyotrophie du premier interosseux droit et de la partie interne de l'avant-bras droit,
- de petites polyadénopathies axillaires, cervicales et inguinales.

La température est à 37,8°C, la TA à 145/ 85 mm/Hg.

L'interrogatoire orienté apprend que le malade a présenté il y a 2 ans, à son départ du Pacifique, des lésions cutanées à type de placards érythémateux sur l'abdomen et les flancs, et qu'il a consulté à plusieurs reprises en ORL pour une rhinite et une laryngite chroniques.

Examens paracliniques

VSH : 66 mm à la 1ère heure

NFS : 11 600 globules blancs, dont 76% de polynucléaires neutrophiles

CRP : 84 mg/l

Créatinémie : 18 mg/l, protéinurie : ++

Le frottis de muqueuse nasale montre à la coloration de Ziehl-Nelsen des bacilles alcool-acido-résistants

Questions

Points

- 1- Quel est le diagnostic ? Quels sont les éléments cliniques et biologiques qui permettent ce diagnostic ? 8
- 2- Quelle est la pathogénie de l'épisode actuel ? 1
- 3- Quelles sont ses modes de survenue ? 2
- 4- Quel est le traitement médical de la maladie causale? Précisez les noms des médicaments, leur posologie et la durée du traitement. 4
- 5- Quel est le traitement médical de l'épisode actuel ? Précisez les noms des médicaments, les doses initiales et, s'il y a lieu, les contre-indications. 4
- 6- Quel est le traitement chirurgical de l'épisode actuel ? 1

Observation n° 2

Réponses

1- On retrouve dans le tableau clinique nouures et multinévrite hyperalgique. Ce malade a séjourné de nombreuses années dans des pays d'endémie lépreuse. Il a présenté il y a deux ans des lésions cutanées compatibles avec une lèpre. Le diagnostic de lèpre est porté sur la mise en évidence dans le frottis de muqueuse nasale coloré par la méthode de Ziehl-Nelsen de bacilles acido-alcoolo-résistants : il s'agit de bacilles de Hansen ou *Mycobacterium leprae*. Il s'agit donc d'un érythème noueux lépreux (ENL) ou réaction lépreuse de type 2 chez un lépreux lépromateux méconnu.

2- L'ENL est une réaction immunologique correspondant à une vascularite à complexes immuns circulants survenant dans le cadre d'une lèpre lépromateuse.

3- L'ENL survient spontanément ou au cours d'un traitement antilépreux. Il est souvent déclenché par une infection intercurrente, une intervention chirurgicale, chez la femme par un accouchement ou un avortement.

4- Le traitement médical de la lèpre lépromateuse recommandé par l'OMS dans les pays d'endémie comporte :

- la rifampicine (RIFADINE®), posologie : 10 mg/kg/mois, supervisée
- la diamino-diphényl-sulfone (DISULONE®), posologie : 1,5 mg/kg/jour, résistance
- la clofazimine (LAMPRENE®), posologie : 1 mg/kg par jour et 3 mg/kg/mois, supervisée

La durée du traitement est de 12 mois

5- Le traitement médical de l'érythème noueux lépreux associe la thalidomide (CONTERGAN®) et la clofazimine (LAMPRENE®). La thalidomide est prescrite à la dose initiale de 400 mg/j. Elle a un risque tératogène et est absolument contre-indiquée chez la femme en âge de procréer. Elle n'est disponible qu'à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux et est toujours difficile à se procurer en zone tropicale. La clofazimine est prescrite à la dose de 300 mg/j, compte tenu de son action anti-inflammatoire.

En l'absence de thalidomide, on a recours à l'acide acétyl-salicylique : 2 à 3 g/j, ou aux corticoïdes : prednisone (CORTANCYL®) à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/j. Cependant, la corticothérapie doit être évitée en raison d'une fréquence cortico-dépendance des poussées d'érythème noueux lépreux. Récemment, l'efficacité de la pentoxifylline (TORENTAL®) a été rapportée à la dose de 1 200 à 2 400 mg/j.

6- Le traitement chirurgical consiste en une décompression chirurgicale en cas de névrite symptomatique persistante malgré le traitement médical.

Grille de corrections (sur 20)

Points

- Diagnostic retenu : Erythème noueux lépreux chez un lépreux lépromateux	
- clinique: nouures, multinévrite, pays d'endémie, antécédents:	
- biologie : présence de bacilles acido-alcoolo-résistants	8
- Pathogénie: vascularite à complexes immuns	1
- Modes de survenue : spontané, sous traitement, infection intercurrente, accouchement ou avortement	2
- Traitement médical de la lèpre lépromateuse	
- rifampicine : posologie	1
- disulone : posologie	1
- lampréne : posologie	1
- durée du traitement	1
- Traitement médical de l'ENL	
- thalidomide : posologie, contre-indication	2
- lampréne : posologie	1
- corticoïdes : corticodépendance	1
- Traitement chirurgical de l'ENL	1

Observation n° 3



Un homme âgé de 38 ans consulte pour la prise en charge d'une lésion localisée au niveau du pied gauche (photographie ci-contre).

Il a séjourné, pour des raisons touristiques, aux Antilles pendant 15 jours où il a principalement réalisé des activités balnéaires quotidiennes.

Il est de retour à Bordeaux depuis 10 jours.

A l'interrogatoire, il déclare que la lésion est apparue depuis une semaine, qu'elle s'est progressivement constituée et est associée à un prurit féroc limitant la marche

Questions

Points

- 1- Décrivez les caractères séméiologiques de cette lésion à partir de la photographie. 5
- 2- Quelle hypothèse diagnostique privilégiez-vous ? Sur quels arguments posez-vous le diagnostic ? 5
- 3- Quel en est le mode d'acquisition et le mécanisme ? 5
- 4- Quel traitement mettez-vous en place (type de prise en charge, modalité, prescription détaillée) ? 5

Grille de corrections (sur 20)

Points

- 1- Lésion élémentaire cutanée rampante, serpentineuse, prurigineuse et de constitution rapidement progressive. 5
- 2- Larva migrans cutanée.
Autres réponses : ankylostomose canine ou féline en impasse. 5
- 3- Effraction cutanée habituellement après contact direct avec sol/sable humide contaminé à partir de selles de chiens/chats errants par des larves d'ankylostomes canins/félins en impasse sous-cutanée. 5
- 4- Traitement médical : Ivermectine – 200 µg/Kg en monoprise orale unique à jeun, au moins une demi-heure avant la prise alimentaire. Traitement local par application de Mintézol (mébendazole) moins convivial et d'efficacité moins éprouvée. 5