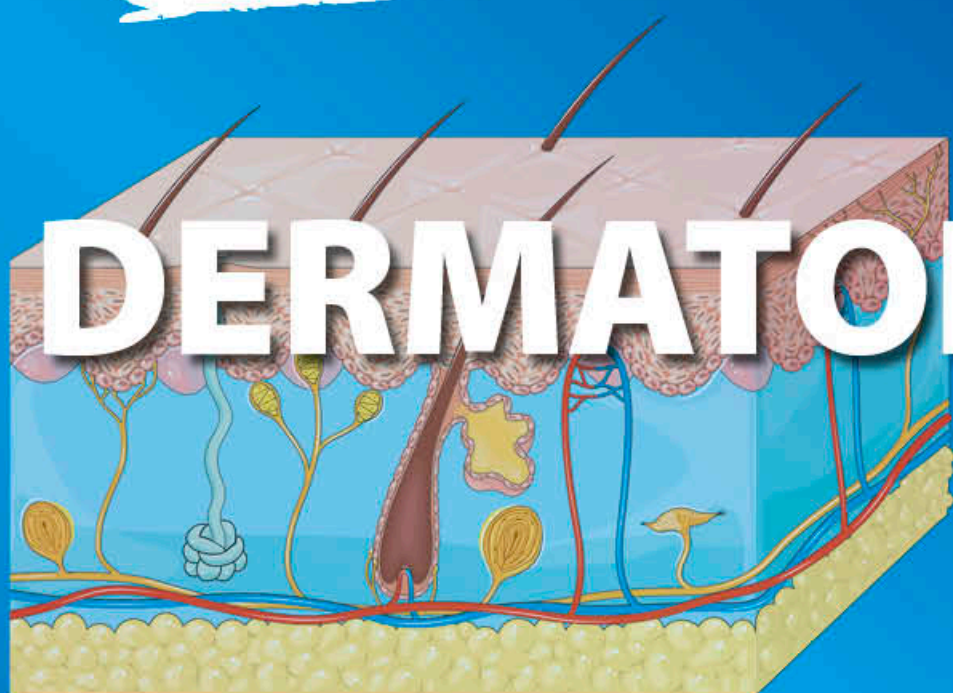


Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

ERWIN BENASSAÏA




LA MARTINGALE*

EDN



DERMATOLOGIE

ENTRAÎNEMENT

-  250 questions en QI et dossiers progressifs
-  Avec les modalités docimologiques : QRU, QRM, QROC, ZAP...
-  Corrections détaillées : explications, pièges et astuces

ellipses

Dossier progressif n° 1

Vous recevez en consultation monsieur V, 35 ans, pour des lésions cutanées au niveau du nombril, des coudes, du cuir chevelu et des jambes dont les aspects sont superposables à la photo ci-dessous. Elles sont présentes depuis 3 semaines.

Vous posez le diagnostic de psoriasis.

Il aurait déjà eu des poussées de ce type lors de son adolescence.



- **Zone à pointer 1 : Pointer une zone squameuse sur cette image.**

- **QRM 2 : Quel(s) est ou sont le(s) facteur(s) pouvant déclencher une poussée de psoriasis ?**
 - A. Rhinopharyngite virale
 - B. Bêta-bloquants
 - C. Stress
 - D. Macération
 - E. Atopie

- **QRM 3 : Quel(s) est ou sont le(s) facteur(s) de gravité ou de résistance au psoriasis à rechercher ?**
 - A. VIH
 - B. Alcool
 - C. Obésité
 - D. Tabac
 - E. Corticothérapie générale

- **QRM 4 : Concernant l'atteinte du cuir chevelu dans le psoriasis, quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?**
 - A. Le principal diagnostic différentiel est la dermatite séborrhéique
 - B. Il s'agit d'une cause classique d'alopecie cicatricielle du cuir chevelu
 - C. Une chute de cheveux temporaire est possible
 - D. L'atteinte en couronne (occipitale, liseré du cuir chevelu) est évocatrice de psoriasis
 - E. Est associée au rhumatisme psoriasique

- **QROC 5 : Quelle atteinte associée au psoriasis allez-vous particulièrement rechercher à l'interrogatoire ?**

- **QRM 6 : Quelles sont la ou les affirmation(s) exacte(s) concernant le rhumatisme psoriasique ?**
 - A. 25 % des patients atteints de psoriasis ont un rhumatisme psoriasique
 - B. Les douleurs articulaires évoluent parallèlement à l'atteinte cutanée
 - C. Vous recherchez également une inflammation des enthèses
 - D. L'atteinte du cuir chevelu est particulièrement associée au rhumatisme psoriasique
 - E. Les IPD sont souvent atteintes contrairement à la polyarthrite rhumatoïde

- **QRM 7 : Quelles sont la ou les affirmation(s) exacte(s) par rapport au(x) pathologie(s) associées au psoriasis ?**
 - A. Syndrome dépressif
 - B. Conduites addictives
 - C. Surrisque de MICI
 - D. Surrisque de leucémie
 - E. Syndrome métabolique

- **QRM 8 : Comment évaluez-vous la gravité du psoriasis ?**
 - A. PASI
 - B. Phénomène de Koebner
 - C. DLQI
 - D. Surinfection cutanée
 - E. Surface corporelle atteinte

Vous avez pu faire le point sur votre patient. Il est fumeur à 30 PA et boit environ 5 bières par jour. La rechute du psoriasis a été provoquée quelques jours après le décès de son meilleur ami. Il a un IMC à 35 kg/m², il se sent triste.

Il n'a pas de douleurs articulaires. Vous n'avez pas d'argument pour une MICI.

Il vous demande les évolutions et complications possibles du psoriasis.

- **QRM 9 : Cochez la ou les proposition(s) exacte(s).**
 - A. Les psoriasis de début précoce sont plus sévères que les psoriasis débutant après 50 ans
 - B. Rémissions plus fréquentes en été
 - C. Pas de guérison définitive grâce aux traitements
 - D. Surinfection cutanée
 - E. Cancérisation

■ **QRM 10** : Vous décidez dans un premier temps d'introduire un traitement local car le DLQI et le PASI sont < 10. Cochez la ou les proposition(s) exacte(s).

- A. Le traitement local cutané repose sur l'association de dermocorticoïdes et de dérivés de la vitamine A
- B. Les pommades ont une meilleure pénétration cutanée que les crèmes
- C. Plus la couche cornée est épaissie, plus il faut appliquer les dermocorticoïdes plusieurs fois par jour
- D. En cas de couche cornée épaissie, l'acide salicylique peut permettre de décaper les squames
- E. Il vaut mieux utiliser une crème pour les cheveux

Vous revoyez le patient 8 mois plus tard. Il était satisfait du traitement les 3 premiers mois, mais par la suite les poussées étaient de plus en plus rapprochées à l'arrêt du traitement local. Il se lasse d'appliquer des crèmes tous les soirs.

Ses habitudes de vie sont les mêmes.



- **QRM 11 : Vous proposez de la photothérapie. Quelles sont la ou les affirmation(s) exacte(s) ?**
 - A. La photothérapie UVB spectre étroit est associée à un psoralène
 - B. Il faut en moyenne 20 à 30 séances à raison de 2 à 3 séances par semaine
 - C. La PUVA thérapie est moins carcinogène que la photothérapie à UVB spectre étroit
 - D. Il faut recueillir les médicaments que prend le patient avant chaque séance
 - E. Le méthotrexate et la photothérapie sont synergiques

- **QROC 12 : Quel est le principal antécédent personnel qui contre-indiquerait la photothérapie ?**

- **QRM 13 : Quelles sont le ou les affirmation(s) exacte(s) concernant les effets indésirables de la photothérapie ?**
 - A. Brûlure
 - B. Vieillessement prématuré de la peau
 - C. Zona
 - D. Lupus
 - E. Mycosis fongoïde

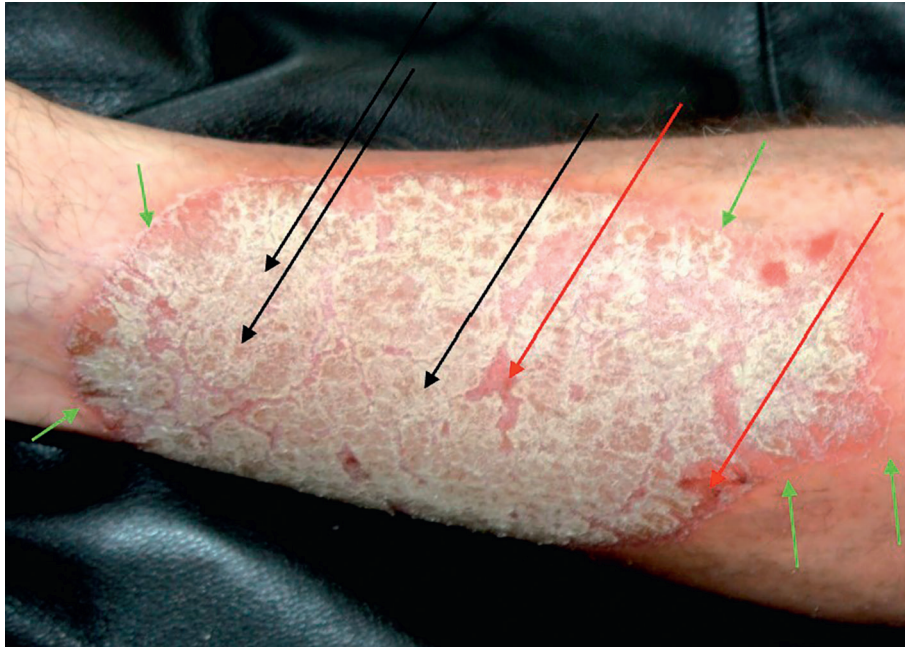
- **QRM 14 : Le patient ne souhaite pas se rendre plusieurs fois par semaine dans une cabine de photothérapie. Quel(s) médicament(s) pouvez-vous lui proposer ?**
 - A. Anti-TNFa
 - B. Méthotrexate
 - C. Ciclosporine
 - D. Anti IL-12/23
 - E. Acitrétine

- **QRM 15 : Après discussion avec le patient, vous optez pour le méthotrexate. Quel(s) est ou sont le(s) effet(s) indésirables possibles ?**
 - A. Cytopénie
 - B. Hypertrichose
 - C. Hyperplasie gingivale
 - D. Sécheresse cutanéomuqueuse
 - E. Pneumopathie d'hypersensibilité

Correction du dossier progressif n° 1

■ Zone à pointer 1

Correction



Il s'agit d'une **plaque érythémato-squameuse bien limitée, polycyclique**.

La couche squameuse superficielle blanchâtre est épaisse.

Si on enlève cette squame on tombera sur un érythème sous-jacent.

Les flèches **NOIRES** correspondent aux **squames**. C'est ce dépôt blanchâtre épais.

Les flèches **ROUGES** correspondent à l'**érythème**.

Les flèches **VERTES** montrent que la lésion est bien **limitée** (et non émiettée comme dans la dermatite atopique).

Les zones bastions sont : coudes, bord cubital de l'avant-bras, genoux, jambes, région lombosacrée, fesses, cuir chevelu, ongles, paumes et plantes.

Ce sont des zones exposées aux frottements et aux traumatismes physiques (Rang A).

Le diagnostic est **clinique**. Il n'est pas nécessaire de réaliser une biopsie cutanée (sauf si doute par exemple avec un mycosis fongöide, résistance thérapeutique...) (Rang A).

Une petite note pour vous dire que le psoriasis des muqueuses existe :

- **Linguale** : glossite exfoliatrice marginée
- **Génitale** : lésions érythémateuses non squameuses aggravées lors des rapports sexuels

D'autres photos classiques de psoriasis :



À noter des squames très importantes peuvent donner l'aspect d'une carapace.

Sur peau noire, l'érythème est moins fréquent et il faut rechercher une peau plus foncée que d'habitude.



Astuce du dermatologue

Il ne faut pas hésiter à demander aux patients avec une peau pigmentée si leur peau est plus foncée que d'habitude et s'ils ont une photo pour comparer.

■ QRM 2

▶ Correction : ABC

- A. Rhinopharyngite virale
- B. Bêta-bloquants
- C. Stress
- D. Macération
- E. Atopie

Plusieurs facteurs peuvent initier ou provoquer une poussée de psoriasis : (Rang B)

- **Infectieux**
 - **Agents viraux et angine à streptocoque B hémolytique du groupe A** qui peuvent déclencher des psoriasis en goutte chez l'enfant.
 - **Tout épisode infectieux (viral ou bactérien)** peut entraîner une rechute ou déclencher un psoriasis.
 - *Je rajouterai les vaccins également comme facteur déclenchant, non mentionné dans le collègue.*
- **Médicaments**
 - **Bêta-bloquants** y compris les collyres.
 - Les autres médicaments sont sujets à discussion (pénicilline + angine, poussée de psoriasis liée à l'angine ou à la pénicilline ?).
- **Facteurs psychologiques**
 - Déclenchement de la maladie ou survenue de la poussée en cas de **stress**.
 - Probable sécrétion accrue de neuromédiateurs pro-inflammatoires.

■ QRM 3

▶ Correction : ABCDE

- A. VIH
- B. Alcool
- C. Obésité
- D. Tabac
- E. Corticothérapie générale

L'alcool, le tabac et la surcharge pondérale sont des facteurs reconnus de gravité et de résistance thérapeutique et sont souvent présents en raison du syndrome métabolique fréquent dans le psoriasis.

Lors de **l'arrêt d'une corticothérapie générale**, il existe un risque de rebond important, voire le développement de formes graves (psoriasis pustuleux, psoriasis érythrodermique).

En cas de **VIH**, le psoriasis est souvent plus grave et plus réfractaire aux thérapeutiques conventionnelles. (Rang B).



▶ Astuce du dermatologue

En dermatologie, la corticothérapie générale entraîne souvent des rebonds très importants notamment dans la dermatite atopique, le psoriasis, l'urticaire...

Il y a très peu d'indications pour les EDN à une corticothérapie générale en dermatologie (PB pauci-bulleuse).

■ QRM 4

▶ Correction : ACDE

- A. Le principal diagnostic différentiel est la dermatite séborrhéique
- B. Il s'agit d'une cause classique d'alopecie cicatricielle du cuir chevelu
- C. Une chute de cheveux temporaire est possible
- D. L'atteinte en couronne (occipitale, liseré du cuir chevelu) est évocatrice de psoriasis
- E. Est associée au rhumatisme psoriasique

- A. La dermatite séborrhéique du cuir chevelu est très difficile à distinguer du psoriasis. **Il faudra chercher des lésions à distance de psoriasis. L'atteinte du visage est rare dans le psoriasis contrairement à la dermatite séborrhéique.** (Rang B)
- B. Ce n'est pas une cause d'alopecie cicatricielle comme par exemple le lupus discoïde. (Rang A).
- C. Il est rarement la cause d'une alopecie durable mais les plaques épaisses peuvent engainer les follicules pileux et parfois entraîner une chute de cheveux temporaire. (Rang A).
- D. Dans le psoriasis, la localisation occipitale est fréquente, à la lisière antérieure du cuir chevelu les lésions sont très inflammatoires réalisant une couronne érythémateuse discrètement squameuse. (Rang A).



Atteinte typique de la lisière du cuir chevelu.

(Il y avait également des lésions évocatrices de psoriasis ailleurs sur le corps sinon le diagnostic différentiel avec une dermatite séborrhéique est quasiment impossible.)

- E. **Les atteintes du cuir chevelu, unguéale et du sillon interfessier (+ conduit auditif externe selon le collège de rhumatologie) sont particulièrement associées à un rhumatisme psoriasique.** (Rang B).



Astuce du dermatologue

En dermatologie, en cas de doute diagnostique, il faut rechercher d'autres lésions qui pourraient orienter votre diagnostic.

Pour distinguer une dermatite séborrhéique d'un psoriasis du cuir chevelu et vice-versa, il faut rechercher des lésions de psoriasis sur les autres zones du corps ou une dermatite séborrhéique du visage, car le psoriasis du visage est rare.

Vous comprendrez l'importance d'examiner les patients complètement déshabillés quel que soit le motif de consultation.