

Avertissement: Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence.

Mardi 22 mars 2011

Hôpital cantonal de Genève

Pas si rare que ça. Dermatologie infectieuse.

Dr D. Nikolic, Dr B. Cortes, Dr L. Doelker, Dr E. Lafitte (PD)

1) La solution est dans la forêt:

Un homme de 31 ans s'étant fait piquer par un insecte à Amsterdam en 2007 et qui présente un oedème et une zone érythémateuse du membre inférieur droit avec résolution spontanée et qui 2 ans plus tard présente une fatigue, des zones érythémateuses sur le haut des fesses ainsi qu'une cyanose des genoux, des chevilles et des orteils.

Une femme de 51 ans, à la suite d'une piqûre d'insecte dans le Jura, présente 2 mois plus tard un érythème du centre du visage.

Une femme de 64 ans chez qui on suspecte une borreliose en 2008 à la suite d'une piqûre d'insecte, mais dont les sérologies sont négatives et qui développe 8 mois plus tard une infiltration cutanée de l'épaule droite. Après avoir exclu les diverses connectivites, lymphangite carcinomateuse, acrodermatite chronique atrophiante, une biopsie montre une panniculite plasmocytaire plutôt compatible avec une sclerodermie...

Le test de dépistage de la borreliose est positif avec un index de 8,14 (N=1), des IgG pos. et des IgM nég. Les Ac anti VLSE sont pos. à 557.

La PCR de Borrelia sur tissu frais est négative.

Malgré tout, le diagnostic retenu est celui borreliose tardive avec acrodermatite chronique atrophiante.

Elle est traitée avec de la Ceftriaxone 2g/j pdt 14 jours avec bon effet, et modification vers le bas des sérologies avec en mars 2010 un index de 1,96 et des Ac anti VLSE à 232 soit 20% de diminution.

Les Ac anti VLSE pour «Variable major protein Like sequence E» qui est une lipoprotéine de la membrane externe de Borrelia auraient une sensibilité de 100% dans les Borrelia tardive et une spécificité de 99,5% ... Tout ça pour 31.50 frs...

Donc on retient que les Borreliosés peuvent s'attraper même dans des régions pas connues pour être infestées, qu'elle peuvent avoir des présentations atypiques, que l'image histologique elle non plus n'est pas forcément classique, que la PCR sur la peau n'a une sensibilité que de 80% (donc 20% de faux négatifs) et que les Ac anti VLSE sont utiles pour le suivi.

Comme le suggère B.Hirschel, pour parler de sensibilité et de spécificité il faut avoir un gold standard, qui pour la Borreliose laisse à désirer... ce serait le Western Blot... mais paraît-il qu'il n'est pas parfait lui non plus...

2) La solution est dans la peau:

Une brésilienne de 37 ans depuis 10 ans en Suisse présente des polyarthralgies, des paresthésies et une hypoesthésie en chaussette depuis son accouchement.

Après les investigations d'usage pour écarter une connectivite, une sarcoïdose, une PR, une vasculite et une cause infectieuse comme par exemple une borréliose, la patiente a un ENMG puis même une biopsie du nerf sural.

Le 1^{er} montre une neuropathie sensitive distale et la 2^{ème} une vascularite lymphocytaire.

La patiente est mise sous prednisone et imurek®.

Sans amélioration notoire et intrigué par un érythème dans les plis des coudes et les creux poplités, la patiente est envoyée en dermatologie où une biopsie et une coloration spéciale permet de mettre en évidence des bacilles acido-alcolo résistants compatibles avec une lèpre borderline tuberculoïde.

On se rappellera que la lèpre peut se présenter de 2 façons extrêmes selon l'immunité cellulaire de l'hôte. Lorsque celle ci est minimale la lèpre est dite lepromateuse, elle est multibacillaire; lorsque l'immunité cellulaire est maximale la lèpre est dite tuberculoïde, elle est paucibacillaire (voir le colloque du 13.12.2005 du Dr Marazza).

Le traitement comprend rifampicine et dapsonne, parfois avec clofazimine en plus s'il s'agit d'une multibacillaire.

Il faut donc se souvenir que la lèpre peut présenter un grand polymorphisme clinique, que c'est l'immunité cellulaire de l'hôte qui va conditionner la clinique, que son développement est lent et nécessite plusieurs années et que face à une neuropathie périphérique chez un patient originaire d'un pays d'endémie, il faut y penser.

On nous rappelle que la maladie est peu contagieuse et nécessite une susceptibilité génétique ce qui explique que la plupart des missionnaires qui travaillaient dans des léproseries ne l'ont jamais contractée.

3) La solution est dans le mouvement:

Un homme de 40 ans revient du Brésil, (Amazonie) avec un nodule douloureux au sommet du crâne. A y regarder de plus près il présente un petit pertuis à son sommet. Le patient prétend que «ça bouge dedans» et que les douleurs sont intolérables.

Il s'agit d'une myase, c'est à dire qu'une larve de mouche est en train de s'y développer.

Bizarrement la mouche qui se nomme selon le continent où l'on se trouve, soit *Dermatobia hominis*, sud américaine soit *Cordylobia anthropophaga*, africaine, dépose des œufs sur un vecteur qui se trouve être un moustique hématophage en l'occurrence et qui lors de son repas va accidentellement déposer les œufs sous la

peau....dans ce biotope humide et tempéré la larve va se développer causer les maux décrits ci-dessus chez son hôte.

L'asphyxie de la larve peut se faire soit en obturant le pertuis avec de la vaseline soit en obturant l'orifice avec un pansement occlusif type varihesive...

4) La solution est dans le sang

Une patiente rentre aux HUGs pour se faire opérer d'un canal lombaire étroit. Le soir précédent l'intervention, le chirurgien découvre 4 points rouges au bas du dos, disposés en losange et inquiet appelle les dermatologues pour avoir la confirmation qu'il ne s'agit de rien de grave.

Il s'agit en réalité des marques laissées par des sangsues qui avaient été appliquées dans une clinique par des médecins alternatifs pour la soulager...

Rien de grave donc...

Mais au fond c'est qui le patron de la dermato maintenant ?...avec tout ces changements on ne s'y retrouve plus...

Avant de vous quitter...une photo de l'homme de la semaine...Georges Baumgartner...notre mythique correspondant à Tokyo, une «suissitude» qui me plaît...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch
transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch