

Journée SSMG

par le Dr Jean Moens • Médecin généraliste • 5380 Fernémont

Cinq sens et un bon sens pour un diagnostic

Liège, 9 décembre 2006

Diagnostique par l'image

En présence des **papules prurigineuses excoriées d'un prurigo**, il faut penser à la gale. En cas de doute, on va instaurer un traitement d'épreuve. Devant un échec, on évoquera le diagnostic de pemphigoïde bulleuse voire de lymphome.

Un **prurigo de la verge** présent chez un patient suspect de gale, permettra presque certainement de confirmer l'origine scabieuse.

Un **érythème annulaire** fera suspecter un érythème chronique migrant, une des formes cutanées précoces de la borrelie. L'antibiothérapie appropriée est à prescrire. Un **exanthème psoriasiforme de la plante des pieds** doit évoquer la possibilité d'une syphilis secondaire, à préciser par le VDRL et le TPHA. Y penser parce que la syphilis est en recrudescence principalement chez les patients HIV. Des médicaments peuvent être à l'origine d'un psoriasis ou l'aggraver: les bêtabloquants, le lithium, les antimalariens, les IEC et les sartans. Le tabagisme et/ou l'utilisation de patchs nicotiniques sont aussi des facteurs aggravants.

Devant un **œdème de Quincke**, on recherchera la prise de sartan et d'IEC, mais aussi celle de sildenafil et d'antagonistes calciques.

Un **érythème cuisant du visage**, limité par le col de la chemise est une réaction de phototoxicité pouvant être provoquée par la prise d'amiodarone, de doxycycline, de fenofibrate ou de simvastatine, entre autres.

En présence de **nodules sous-cutanés inflammatoires des membres inférieurs**, on évoquera l'érythème noueux, dont les étiologies les plus fréquentes sont la sarcoidose et le foyer infectieux streptococcique. Une étiologie tuberculeuse possible sera exclue par l'intradermoréaction et la radiographie du thorax.

Une **urticaire chronique** peut avoir une origine alimentaire notamment via les édulcorant des produits "light".

Une **perlèche** persistante chez un enfant

fera rechercher une obstruction des voies aériennes supérieures.

Une **éruption péribuccale micropapuleuse** peut être provoquée par un excès de crème cortisonique.

Une biopsie cutanée est nécessaire pour exclure un Paget du sein devant un **eczéma unilatéral du mamelon**.

Un **érythème du visage d'aspect souffleté** chez un enfant doit faire penser à l'aumégalythème épidémique (5^e maladie). Il faut se rappeler du danger de cette maladie chez la femme enceinte, pour la grossesse mais aussi pour le fœtus

D'après l'exposé du Dr DARCIS JM, dermatologue, CHU du Sart Tilman

De l'hypophyse à la surrénale: ce que les hormones nous laissent voir

L'**adénome hypophysaire** est une affection beaucoup plus répandue qu'on ne le pensait. On en découvre jusqu'à 15% dans des séries d'autopsies. Cette affection peut prendre plusieurs formes: elles sont classées en fonction de l'hormone sécrétée en excès. Les adénomes somatotropes sont responsables de l'acromégalie, les adénomes corticotropes entraînent une maladie de Cushing. Les prolactinomes sont la forme la plus fréquente des adénomes, les adénomes thyroïdiques les plus rares.

Le tableau clinique de l'**acromégalie** est caractérisé par la survenue insidieuse de différentes modifications anatomiques: le pli cutané, les lèvres et la langue s'épaississent; les mains deviennent volumineuses et moites (augmentation du métabolisme basal); un prognathisme secondaire apparaît ainsi qu'une hyperlaxité ligamentaire et une voix nasonnée et gutturale. Ces manifestations ne sont pas toujours toutes présentes.

Si l'affection débute avant la puberté, il en résultera du gigantisme. La présence d'un canal carpien n'est pas rare dans

l'acromégalie (comme aussi d'ailleurs dans le myxœdème ou l'hyperparathyroïdie). Le dosage de l'IGF1 (insulin like growth factor) est le moyen le plus fiable de dépistage, avant même le dosage de l'hormone de croissance.

Les acromégales voient leur espérance de vie raccourcie de 10 ans, ils décèdent des suites de décompensation cardiaque ou de cancers dont la fréquence est plus grande, en particulier pour le colon.

La **maladie de Cushing** est l'hypercorticisme induit par l'hypersecretion d'ACTH par un adénome hypophysaire. Cliniquement, on observe le faciès lunaire, l'obésité tronco-abdominale et la fonte de la musculature des membres. Le diagnostic se fera par le dosage du cortisol urinaire d'une ou plusieurs périodes de 24h.

L'**adénome à TSH** se présente cliniquement comme une hyperthyroïdie. Sur le plan biologique, le feedback des hormones thyroïdiennes est perdu et même les hautes concentrations de T3 et de T4 n'inhibent plus la sécrétion de TSH produite par l'adénome.

Le **prolactinome** est surtout fréquent chez la femme. Il y a une aménorrhée et une galactorrhée qui peut être discrète. Chez l'homme, l'hyperprolactinémie abaisse les taux de testostérone avec comme conséquences une diminution de la libido et une certaine impuissance. Chez l'homme, il s'agit fréquemment d'un macroadénome qui se manifeste par des signes de compression.

Dans 8-14%, le prolactinome est associé à la maladie de Wermer (MEN-1 disease) qui est une association de différentes tumeurs endocrines (thyroïde, pancréas, surrénales).

L'hyperprolactinémie est souvent due à la prise de médicaments comme la dompéridone, la métoclopramide, la cimétidine, le sulpiride et d'autres neuroleptiques.

D'après l'exposé du Pr BECKERS, endocrinologue ULg CHU du Sart Tilman

La neurologie : paradis du sémiologue

Le **signe de Babinski** se manifeste par l'extension lente et "majestueuse" du gros orteil avec écartement des orteils suite à une stimulation du bord externe de la plante du pied. Il se recherche en décubitus dorsal. Ce signe est physiologique chez le nouveau-né. Chez l'adulte, il traduit une lésion du faisceau corticospinal, la spécificité du signe est de 100% mais 10% des patients atteints de lésions pyramidales ne présentent pas de signe de Babinski. C'est le cas pour près de la moitié des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique au stade débutant. Le signe de Babinski peut aussi être évoqué par la pression des muscles du mollet, par le frottement de la face interne du tibia et par le pincement du tendon d'Achille.

Le **syndrome de Claude Bernard-Horner** se caractérise par un ptosis un myosis et une enophtalmie. Le myosis témoigne d'un déficit de mydriase. Ce signe est à chercher dans la pénombre pour éviter le réflexe pupillaire. Il correspond à une lésion de la voie oculo-sympathique entre l'hypothalamus et l'œil. On le trouve dans le Syndrome de Wallenberg : infarctus latéro-bulbaire dû en général à une sténose ostiale de l'artère vertébrale. Dans le syndrome de dissection carotidienne et dans le syndrome de Pancoast-Tobias (tumeur des

sommets pulmonaires) on retrouvera également ce syndrome.

L'**épreuve de Romberg** recherche les conséquences de la fermeture des yeux sur l'équilibre de la station debout. Cette épreuve se manifeste par une tendance à la chute et par le besoin de s'appuyer. Cette réaction est présente dans les différentes ataxies (vestibulaire, cérébelleuse ou par atteinte de la sensibilité profonde) et est la conséquence de la suppression de la compensation visuelle dans le maintien de l'équilibre.

Les **tremblements de repos** sont surtout présents dans la maladie de Parkinson. (TRAP : tremblement rigidité, akinésie, troubles de la posture). Ce tremblement est augmenté par le stress, disparaît au cours du sommeil et est distal (mains, pieds, lèvres, menton, langue). Tous les tremblements ne sont pas parkinsoniens : la sclérose en plaques, les tremblements cérébelleux, ... Les antidépresseurs imipraminiques sont aussi une cause de tremblements.

Le **signe de Charles Bell** : du côté lésé, le malade ne peut pas fermer l'œil (par paralysie des muscles orbiculaires des paupières) et le globe oculaire se porte en haut et en dehors. Ce signe est présent notamment dans la paralysie faciale, dans le zona géniculé, dans le Guillain-Barré, la borréliose chez l'enfant et dans certains accidents vasculaires cérébraux.

D'après l'exposé du Pr Gustave MOONEN, neurologue ULG CHU Sart Tilman

Le Prolapsus mitral

Le prolapsus valvulaire mitral. (syndrome de Barlow ou ballonnisation de la valve mitrale.) se caractérise à l'auscultation par un souffle téléstolique, précédé d'un clic et allant crescendo. Cette affection, présente chez 5% de la population, est due à une dégénérescence myxoïde du squelette fibreux de la valvule et des cordages. L'auscultation est la plus caractéristique à l'apex, plus nette à la station debout et renforcée par la manœuvre de Valsalva. Le clic est dû à la mise sous tension brutale des cordages. Cette affection est plus fréquente chez la femme. Son évolution est lente. L'ECG peut être normal ou montrer des ondes T biphasiques ou inversées en DII, DIII et AVF. La présence d'un prolapsus mitral nécessite la prévention systématique de l'endocardite bactérienne.

Une complication possible du prolapsus mitral est l'œdème pulmonaire aigu sur insuffisance mitrale par rupture de cordage. La chute de tension artérielle n'est pas constante.

L'ECG ne va pas apporter d'éléments contributifs. Les examens permettant de poser le diagnostic sont : l'échographie transthoracique et transœsophagienne, la coronarographie est aussi nécessaire puisque le traitement est chirurgical.

D'après l'exposé du Pr Daniel SOYEUR, cardiologue ULG, CHU du Sart Tilman

LA MISE EN OBSERVATION SOUS EXPERTISE

En tant que service d'Education permanente, l'ASBL l'Autre «lieu» lance, deux fois par an, des campagnes d'information et de sensibilisation sur des thématiques de santé mentale. La dernière en date vient de sortir et concerne la mise en observation. Si vous êtes intéressés par une brochure explicative sur le fonctionnement de la procédure ou par une animation gratuite, contactez-nous à l'Autre «lieu» – RAPA (Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives) – rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles – tel : 02 230.62.60 – mail : autreliu.rapa@scarlet.be.

Chers Confrères

Je vous adresse ce message en tant que responsable depuis plusieurs mois de la rédaction et de la diffusion d'une lettre électronique quotidienne, La Lettre du Médecin, qui informe les praticiens à propos de sujets tant médicaux que médico-politiques. Celle-ci est la première lettre électronique multimedia pour médecins.

L'inscription est totalement gratuite : il suffit de nous faire parvenir votre adresse e-mail à l'adresse suivante : info@lettredumedecin.be

Il n'y a à ce sujet pour vous aucun engagement à long terme, car se désinscrire éventuellement se fait de façon tout aussi rapide.

Aucune démarche n'est nécessaire pour ceux qui sont déjà inscrits.

Maurice Einhorn

(adresse e-mail personnelle : maurice.einhorn@medim.be)