

Service des Urgences  
Fattouma Bourguiba  
Monastir



[www.urgencemonastir.com](http://www.urgencemonastir.com)

# QUIZ

Présenté par: Bzeouich Nasri



Une patiente âgée de 29 ans consulte nos urgences pour dyspnée avec éruption cutanée.

Sans antécédents pathologiques notables, la patiente rapporte la notion de lésions cutanées rouges – violacées d'apparition progressive depuis sept mois, débutant au niveau des pieds et des mains avec extension ascendante, sans caractère douloureux ni syndrome infectieux associé (pas de notion de fièvre ni de frissons, pas de signes inflammatoires locaux, pas d'adénopathies, pas d'autres signes d'appel infectieux).



La patiente a consulté initialement un médecin de libre pratique qui lui a prescrit une pommade corticoïde mais sans amélioration.

Par ailleurs il y a une extension rapidement progressive des lésions devenues généralisées avec un caractère ferme induré et indolore.

La patiente note une altération de l'état général avec anorexie, asthénie profonde et perte de poids chiffrée à 10 kg en deux mois.

Depuis trois semaines notion de toux sèche avec douleurs basi-thoraciques gauches type picotement sans fièvre, mais elle n'a pas consulté.

L'examen somatique:

GCS = 15 / 15

TA = 90 / 54

FC = 112 bpm

FR = 20 cpm

SaO<sub>2</sub> = 98%

GAD = 0,93 g/l

Pas de signes de lutte

Auscultation pulmonaire : MV bien perçu, pas de râles

Pas de signes d'insuffisance cardiaque

Pas de signes périphériques de choc

Auscultation cardiaque: tachycardie régulière, souffle systolique au foyer mitral 3/6

Pouls périphériques présents et symétriques.

Abdomen souple

Pas d'Hépatosplénomégalie

Pâleur cutanéomuqueuse franche

Lésions maculeuses indurées rouges violacées, de consistance ferme, faisant 1 à 4 cm de diamètre, indolores à la palpation, siègent au niveau des membres et du tronc et sans signes inflammatoires locaux ni adénopathies satellites (Figure).

Examen ORL sans anomalies.



Devant ces lésions, quel est le diagnostic le plus probable ?

- A** Cryptococcose
- B** Sarcome de Kaposi
- C** Angiomes Pyogènes
- D** Pemphigus
- E** Prurigo



**B**

## Sarcome de Kaposi

Les lésions élémentaires de SK sont des macules, des plaques érythémateuses et violines s'infiltrant progressivement.

Ces lésions ne disparaissent pas à la vitropression. Ils sont volontiers bilatérales et apparaissent principalement sur les membres inférieurs, le tronc et le visage.

L'évolution se fait vers une multiplication des lésions qui peuvent devenir confluentes pour donner des larges plaques infiltrantes.



Dans ce contexte, quel est le facteur étiologique le plus probable ?

- A** Déficit immunitaire acquis
- B** Diabète
- C** Infection par VIH
- D** Maladie de Kaposi classique
- E** Chimiothérapie

## C Infection par VIH

Le SK est la tumeur maligne la plus fréquente associée à une infection par le VIH et elle est considérée comme une maladie définissant le sida dans les lignes directrices des US Centers for Disease Control.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) permet(tent) de confirmer ton diagnostic ?

- A** Biopsie cutanée
- B** Frottis sanguin
- C** Cyto-ponction à l'aiguille
- D** Goutte épaisse
- E** Western blot

- A** Biopsie cutanée
- E** Western blot

Le diagnostic de SK est essentiellement clinique mais doit être confirmé par l'histologie.

La biopsie montre typiquement l'association d'une prolifération des cellules fusiformes groupés en faisceaux et en amas et d'une prolifération vasculaire.

Le western blot est l'examen de référence pour confirmer l'infection par le VIH.

Bilan standard:

NFS: GB = 8400; PNN = 1100; Hct = 24,2%; Hgb = 4,6;  
VGM = 69; CCMH = 26,1; Plqt = 35300;

TP = 55%;

Urée = 4,5; Créat = 47,9; Glycémie = 8 mmol;

CRP = 4,3; Amylase = 27; ASAT = 28 ; ALAT = 19;

GDS (AA): pH = 7,44; PcO<sub>2</sub> = 3,6 kPA; PO<sub>2</sub> = 8,7 kPA;  
HCO<sub>3</sub> = 21 ; SaO<sub>2</sub> = 98%

Test rapide HIV = POSITIF

Quelle est la localisation extra-cutanée la plus fréquente de Sarcome de Kaposi ?

- A** Ostéo-articulaire
- B** pulmonaire
- C** Digestive
- D** Cardiaque
- E** Hépatique

## **C** Digestive

L'atteinte de la muqueuse digestive concerne environ la moitié des patients.

La bouche doit être soigneusement examinée, car les atteintes de palais, de la face interne des joues et des gencives sont fréquentes et gênantes.

L'atteinte de tractus digestif (œsophage, estomac, duodénum, colon et rectum) se trouve chez environ 40% des patients.

Elle est souvent asymptomatique, mais peut être la cause de douleurs abdominales, de nausées et vomissements, de perte de poids, et surtout de saignement digestif.

Celui-ci devra être recherché systématiquement.

L'atteinte pulmonaire est aussi fréquente.

Quel traitement de première intention de SK faut-il proposer pour cette patiente ?

- A** Excision chirurgicale
- B** Radiothérapie
- C** Paclitaxel
- D** Doxorubicine liposomiale
- E** Vinblastine



## D Doxorubicine liposomale

En cas de maladie de Kaposi viscérale symptomatique, un traitement par anthracyclines liposomiales est proposé.

La doxorubicine liposomiale pégylée (Doxil®) est souvent utilisée du fait de son moindre effet cardiotoxique.

Dans le cadre de bilan standard on a compléter par une radiographie de thorax qui a objectiver un syndrome alvéolo interstitiel bilatéral à prédominance péri-hilaire:



## Quel est le germe responsable ?

- A** Mycobacterium tuberculosis
- B** Aspergillus
- C** Pseudomonas aeruginosa
- D** Pneumocystis jirovecii
- E** Legionella

## D Pneumocystis jirovecii

La pneumocystose est une infection pulmonaire très rare dont le responsable est un protozoaire appelé Pneumocystis Jirovecii (anciennement appelé P. Carinii).

Elle survient chez des sujets présentant des déficits immunitaires (sida).

Elle se caractérise par une insuffisance respiratoire accompagnée de fièvre.

Le diagnostic est fait par la radiographie qui montre des modifications des tissus au niveau des hiles pulmonaire (zone d'entrée des vaisseaux et des nerfs dans les poumons).

Quelle antibiothérapie vous préconisez en première intention ?

- A** Fluconazole
- B** Imipeneme/ Amikacine
- C** Triméthoprim/Sulfaméthoxazole
- D** Azithromycine
- E** Doxycycline

## C Triméthoprim/Sulfaméthoxazole

Le traitement fait appel au cotrimoxazole à raison de 100 mg par kilo et par jour associé à la triméthoprim pendant durant trois semaines. Le traitement se fait également par voie intraveineuse.

Néanmoins certains effets secondaires sont susceptibles d'apparaître. Il s'agit avant tout d'éruption au niveau de la peau, de nausées et de fièvre chez les patients atteints du sida.

# Quel traitement anti retro viral préconisez vous pour cette patiente ?

- A** INT + INNT
- B** INT + IP
- C** INNT + IP
- D** 2 INT + IP
- E** 2 INT + INNT

INT: inhibiteur nucléos(t)idique de la transcriptase inverse  
INNT: inhibiteur non nucléos(t)idique de la transcriptase inverse  
IP: inhibiteur de la protéase

**D**

2 INT + IP

**E**

2 INT + INNT

Selon les dernières recommandations 2013 dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, Le premier traitement ARV doit faire appel à une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléos(t)idiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur de protéase boosté par le ritonavir (IP/r) ou un inhibiteur non nucléos(t)idique de la transcriptase inverse (INNTI), le choix se faisant parmi un nombre limité d'associations dont l'efficacité, la tolérance et la simplicité d'emploi ont été bien validées.





MERCI pour votre Attention