

UE ECN
en fiches

Les Unités d'Enseignement de l'ECN en fiches

VG
Editions

Collection dirigée par L. LE

MEDECINE INTERNE

| Laura FERTITTA-FOULETIER

Editions Vernazobres-Grego

99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Décembre 2013 - ISBN : 978-2-8183-1070-0

Préface :

Le présent recueil de fiches constitue une synthèse des objectifs de l'ECN relevant de la médecine interne. La plupart des items concernent l'UE7 (immunologie) mais certains recourent d'autres spécialités (dermatologie, maladies infectieuses, néphrologie, hématologie etc...) et sont classés dans d'autres UE.

Les fiches sont rédigées de façon claire, hiérarchisée et concise, en se fondant tant que faire ce peut sur les recommandations officielles des collèges de spécialité correspondant. Les objectifs du programme de l'ECN sont rappelés en préambule de chaque item, et une synthèse des points capitaux est donnée en fin d'item.

Cet ouvrage permettra certainement à l'étudiant préparant l'ECN une révision rapide et efficace des questions de médecine interne avant le concours.

Docteur Brigitte Ranque

MCUPH, service de médecine interne à l'Hôpital Européen Georges Pompidou

Remerciements :

Je remercie chaleureusement Brigitte Ranque pour sa relecture appliquée et le temps qu'elle a su me consacrer. Mes vifs remerciements vont également au Docteur Adrien Michon pour son regard d'infectiologue avisé.

Je tiens à dédier ce livre à l'amour de ma vie, pour son soutien, sa présence et sa patience au cours de ces dernières années difficiles. Je le dédie aussi à ma mère, à la fois ma plus grande supportrice et (avant tout) mon modèle.

Je tiens à remercier de tout mon cœur ma famille proche pour son accompagnement durant la préparation de ce concours fastidieux notamment mon beau-père, mes grands parents, mon père.

Enfin, je remercie Marie et Sarah, mes deux drôles de dames, sous colleuses de choc, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Laura Fertitta – Fouletier



SOMMAIRE

UE 4 PERCEPTION – SYSTÈME NERVEUX – REVÊTEMENT CUTANÉ

Item 114 -	Psoriasis	6
------------	-----------	---

UE 6 MALADIES TRANSMISSIBLES – RISQUES SANITAIRES – SANTÉ AU TRAVAIL

Item 149 -	Endocardite infectieuse	16
Item 155 -	Tuberculose de l'adulte et de l'enfant	27
Item 165 -	Infections à VIH	37

UE 7 INFLAMMATION – IMMUNOPATHOLOGIE – POUMON – SANG

Item 181 -	Réaction inflammatoire : aspects biologiques et cliniques. Conduite à tenir	49
Item 182 -	Hypersensibilités et Allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement	54
Item 185 -	Déficit immunitaire	59
Item 188 -	Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement	65
Item 189 -	Connaître les principaux types de vascularite systémique, les organes cibles, les outils diagnostiques et les moyens thérapeutiques	70
Item 190 -	Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des anti-phospholipides	74
Item 191 -	Artérite à cellules géantes	83
Item 192 -	Polyarthrite rhumatoïde	88
Item 198 -	Biothérapies et thérapies ciblées	95
Item 206 -	Pneumopathie interstitielle diffuse	100
Item 207 -	Sarcoïdose	107
Item 209 -	Anémie chez l'adulte et l'enfant	113
Item 211 -	Purpuras chez l'adulte et l'enfant	127
Item 214 -	Éosinophilie	136
Item 217 -	Amylose	143

UE 8 CIRCULATION – MÉTABOLISMES

Item 237 -	Acrosyndromes (phénomène de Raynaud, érythermalgie, acrocyanose, engelures, ischémie digitale)	149
Item 265 -	Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques	156
Item 266 -	Hypercalcémie	170

UE 4

PERCEPTION – SYSTÈME NERVEUX – REVÊTEMENT CUTANÉ



Item 114 - Psoriasis



UE 4

PSORIASIS

Item
114

<p>i</p> <p>OBJECTIFS PEDAGOGIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiquer un psoriasis. • Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. 	<p>↳</p> <p>INTRODUCTION & DEFINITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie auto-immune à expression cutanée à type de dermatose érythémato-squaméuse chronique d'évolution paroxystique pouvant se compliquer d'une atteinte articulaire appartenant au groupe des spondylarthropathies (SPA) : le rhumatisme psoriasique. • Récemment mis en évidence comme facteurs de risque CV à part entière. • Deux facteurs de gravité : <ul style="list-style-type: none"> - La consommation excessive d'alcool - Le tabagisme
<p>PHYSIOPATHOLOGIE</p> <p><u>Trouble de l'homéostasie de l'épiderme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolifération et troubles de la différenciation kératinocytaire : hyperkératose • Inflammation dermique et hypodermique : infiltrat inflammatoire <p><u>Acteurs des mécanismes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs extra-kératinocytaires : PNN, lymphocytes T de type CD4, ... • Facteurs intra-kératinocytaires : anomalie de transduction de membrane, augmentation de l'EGF (Epidermal Growth Factor), anomalies génétiques de réponse à la vitamine D, A... 	<p>ÉTIOLOGIES</p> <p>Maladie multifactorielle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Environnement : stress, climat, infection, traumatisme (phénomène de Koebner) • Génétique : formes familiales fréquentes • Infections : poussées ou aggravation post-infection (surtout ORL), risque élevé de psoriasis si SIDA • Médicaments : lithium, bêtabloquants, IFNalpha, antipaludéens de synthèse, ... • Psychiatrie : environnement de vie stressant • Toxiques : alcool, tabac
<p>LES TROIS DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DU PSORIASIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatite séborrhéique • Dermatite atopique • Pytiriasis rosé de Gibert 	

APARTÉ SUR LE SYNDROME MÉTABOLIQUE
<p><u>Physiopathologie</u> : résulte d'une insulino-résistance</p> <p>Deux définitions existent : Définition IDF 2004 : (à préférer) ● Association de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 critère obligatoire : Obésité androïde Tour de taille (TT) \geq 94cm (H) ou \geq 80cm (F) • + 2 critères parmi les 4 suivants : - HTA : PA \geq 130/85mmHg (ou traitement anti-HTA) - Hyperglycémie $>$ 1g/L (ou diabète de type 2 sous ADO) - Hypertriglycéridémie : TG \geq 1,5g/L (ou traitement hypolipémiant) - HDL bas : HDLc \leq 0,4g/L (H) ou \leq 0,5g/L (F) <p>Définition American Heart Association 2005 : Présence d'au moins 3 critères parmi les 5 critères ci-dessus avec obésité androïde définie comme : TT \geq 102cm (H) ou 88cm (F)</p>

ÉLÉMENTS DE L'INTERROGATOIRE À RECHERCHER
<p><u>Sur le terrain</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents familiaux de psoriasis ou SPA • Antécédents d'auto-immunité personnels et/ou familiaux • Notion de dermatose cutanée connue et/ou de poussées aiguës paroxystiques • Bilan des facteurs de risque cardio-vasculaires : âge, sexe, poids, tension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac et ATCD familiaux • Recherche d'un syndrome métabolique <p><u>Sur le contexte</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'un facteur déclenchant les poussées • Recherche de facteurs atténuant les poussées : exposition solaire ● / saison estivale <p><u>Sur le retentissement</u> ● :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retentissement socioprofessionnel et sur la qualité de vie • Évaluation par le score DLQI (Dermatoly Life Quality Index)

CLINIQUE DU PSORIASIS VULGAIRE
<p>Particularité de l'examen physique dermatologique ● :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systématiquement : corps entier, complètement dénué, du cuir chevelu aux orteils ! • Utilisation d'un dermatoscope si doute et prise de photos (pour le suivi surtout) <p>Schéma d'analyse d'une lésion à suivre systématiquement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La lésion élémentaire ● : tache érythémato-squammeuse, à limite nette, arrondie ou polycyclique. Squame superficielle épaisse, blancheâtre avec érythème sous-jacent. Lésions multiples, symétriques. Taille variable : point – goutte – nummulaire – plaques. 2. Signes cutanés associés ● : signe de la « tache de bougie » (blanchiment au grattage), signe de la « rosée sanglante » (gouttelettes hémorragiques en cas de desquamation), lésions de prurit 3. Topographie ● : zones d'exposition aux frottements. Les bastions : coudes, genoux, sacrum, cuir chevelu, ombilic, ongles. Atteinte symétrique ●. Lésions localisées sur des cicatrices : phénomène de Koebner. 4. Signes fonctionnels ● : prurit possible au moment des poussées, régression sans cicatrice, amélioration à l'exposition solaire

LES 7 PRINCIPALES FORMES TOPOGRAPHIQUES DU PSORIASIS VULGAIRE

Psoriasis du cuir chevelu :

- Plaques érythémato-squameuses très **bien limitées**, à **couronne dite « séborrhéique »** (inflammatoire)
- **Non alopeciantes** : les cheveux persistent au-dessus des plaques (à la différence des lésions de lupus)
- Localisé préférentiellement au niveau de l'occiput

Psoriasis unguéal :

- Lésions non-spécifiques :
 - Lésions punctiformes en « **dé à coudre** ».
 - **Onycholyse** : décollement distal unguéal.
 - **Onyxis hyperkératosique** : hyperkératose sous-unguéale.
 - Parfois dyschromie : liseré orangé dit en **taches saumon**.
- Diagnostic différentiel : **onyxis mycosiques**.
- Si doute : prélèvement pour examen microbiologique (notamment examen direct et culture en milieu Sabouraud).
- Représente ~ 50% des psoriasis vulgaires

Psoriasis des plis dit « psoriasis inversé » :

- Plaque **rouge vif, brillante** peu voire non squameuse, à limites très **nettes**
- Localisé aux **grands plis** : surtout **inter-fessiers**, inguinaux.
- Diagnostic différentiel : **intertrigo mycosique des grands plis** ou **intertrigo bactérien**

Psoriasis palmo-plantaire :

Atteinte de type **hyperkératosique** prédominante.

Psoriasis du gland : la balanite

Psoriasis du visage :

- Localisation caractéristique au niveau de la **conque** et du **conduit auditif externe**
- Diagnostic différentiel avec la **dermatite séborrhéique**

Psoriasis de l'ombilic : l'omphalite

LES 4 FORMES GRAVES DE PSORIASIS

Psoriasis érythrodermique ou "psoriasis universels" :

- Parfois provoqué par une **corticothérapie**
- **Signes généraux** : fièvre et altération d'état général (AEG), adénopathies
- Érythrodermie (**érythème diffus** > 90% du tégument) sans intervalle sain
- **Desquamation** en « lambeaux »
- **Complications** : **locales** (infections) et **générales** (hypothermie, déshydratation, troubles ioniques) similaires à celles rencontrées chez les **grands brûlés** voire **décès** du patient.

Rhumatisme psoriasique :

- Dans ~ 20% des formes cutanées. Rhumatisme **destructeur-reconstructeur**.
- **Atteinte périphérique prédominante** : oligoarthritis **asymétrique** , « **doigts ou orteil en saucisse** » (dactylite), atteinte des **IPD** possible (à la différence de la polyarthrite rhumatoïde). Parfois **mono-arthrite inaugurale** (genou surtout). Enthésopathie de type talalgies. **Onycho-pachydermo-pérostose** associant : onychose, épaississement des parties molles distales et ostéo-pérostose de la phalangette sans atteinte de l'IPD.
- **Atteinte axiale** : Sacro-ilite asymétrique, à **bascule** . Raideur rachidienne d'horaire inflammatoire aux niveaux cervical et dorsal.

Psoriasis pustuleux :

- Apparition **d'embée** ou **après une phase de psoriasis vulgaire**
- Parfois **déclenché par le traitement**
- Localisé au niveau **palmo-plantaire** ou **généralisé** (AEG, desquamation)
- Parfois compris dans un syndrome dit **SAPHO**® soit l'association de Synovite, Acné, Pustulo-psoriasis surtout palmo-plantaire, Hyperostose, Ostéite et/ou ostéomyélite multifocale chronique récidivante.
- Diagnostic différentiel avec une toxidermie, la **PEAG**® (Pustulose Exanthématique Aiguë Généralisée) ou encore avec une **pustulose infectieuse**. Si doute : biopsie cutanée (caractère aseptique).

Psoriasis du sujet infecté par le VIH :

Psoriasis parfois **révélateur de l'infection**.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Évolution :

- Début des symptômes à l'**adolescence** ou chez l'**adulte jeune**
- Forme particulière chez le **nourrisson** (localisation aux **langes** : «Napkin psoriasis») et chez l'**enfant** (atteinte aiguë du **visage** après une infection ORL souvent)
- Évolution **chronique** avec **poussées paroxystiques** et **périodes de rémission**
- Évolution **imprévisible**

Facteurs améliorant les symptômes :

- Période **estivale**
- **Rayons UV**

Facteurs déclenchant les poussées :

- Psychologiques (stress, dépression...)
- Médicaments : lithium, bêtabloquants , IFNalpha, antipaludéens de synthèse ...
- Infections : entretien des lésions
- Cicatrice : phénomène de Koebner

Complications :

- **Eczématisation secondaire** aux traitements topiques notamment les **corticoides**
- Autre complication des corticoïdes topiques : **purpura de Bateman** sur fragilité capillaire
- **Complications du prurit** :
 - **Impétigimisation**
 - Lésions cutanées : **excoriations, stries linéaires, prurigo, lichénification**
- **Altération de la qualité de vie** (score DLQI)

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT ATTEINT DE PSORIASIS

Information et éducation du patient :

- Il s'agit d'une **pathologie chronique** : pas de traitement curatif mais simplement **suspensif** ☹️
- Notion de « **capital thérapeutique** » compte tenu des effets secondaires des traitements : ne traiter que si mal toléré.
- Recherche et éviction des **facteurs déclenchant** ☹️. **Arrêt de l'alcool et du tabac** ☹️ : facteurs aggravant et de résistance
- Contrôle du **risque cardiovasculaire** : perte de poids si besoin (10% en 6 mois), activité physique, équilibrer une HTA, un diabète...

Prise en charge psychologique si besoin :

- **Psychothérapie** de soutien voire analytique.
- Traitements médicamenteux antidépresseur et/ou anxiolytique si besoin après avis psychiatrique.

Traitement du psoriasis de fond et des poussées :

- **Formes localisées (surface cutanée atteinte < 30%) : 4 types de traitements locaux possibles** ☹️
 - **Dermocorticoïdes** :
 - * En pommade (lésions sèches) ou crèmes (aux plis) voire lotions (cuir chevelu).
 - * Une application par jour.
 - * Traitement de durée limitée : demander au patient de compter le nombre de tubes utilisés.
 - * Souvent classe III (sauf au visage) : Diprosone, Locoid...
 - **Analogues de la vitamine D** (Calcipotriol, Tcacitol...) en deux applications par jour
 - **Acide salicylique** : **kératolytiques** (contre-indiqué chez l'enfant ☹️)
 - **Rétinoïdes topiques** (contre-indiqué chez la femme enceinte ☹️ et en général déconseillé chez la femme en âge de procréer)
- **Formes étendues** :
 - **Photothérapie** en 1^{ère} intention
 - Et/ou **rétinoïdes systémiques** et/ou **Méthotrexate** et/ou **Ciclosporine**
 - Si échec ou contre-indication à au moins 2 des traitements ci-dessus : **biothérapie par anti-TNF alpha** (Étanercept, Adalimumab...)
- **Formes particulières** :
 - Psoriasis pustuleux : rétinoïdes systémiques
 - Kératodermie palmo-plantaire invalidante : rétinoïdes systémiques
 - Rhumatisme psoriasique : Méthotrexate ou Ciclosporine

Surveillance :

- **Efficacité** : diminution des **poussées de psoriasis**, scores **PASI** (Psoriasis Area and Severity Index) et **DLQI**
- **Tolérance** des traitements (cf. tableau des surveillances adaptées à chacun)