

Vignettes cliniques en dermatologie et musculosquelettique

Magali Brousseau-Foley,
MD, DPM, MSc, CCMF
Janvier 2020

Objectifs de cette activité

- Intégrer les concepts clés en matière de traitement et d'évaluation des arthropathies et des douleurs des membres inférieurs dans le but de prescrire une analgésie adéquate en fonction du problème clinique et des caractéristiques du patient.
- Savoir quand et comment prescrire un antifongique systémique pour traiter une mycose aux pieds.
- Favoriser l'apprentissage actif !

Déroulement de l'activité

- Présentation des 3 vignettes cliniques (10 minutes)
- Travail d'équipe (20 minutes)
 - Désigner une personne de votre équipe qui répondra aux questions et nous remettra l'exercice en copie papier.
 - Servira à évaluer la progression de l'intégration des connaissances.
- Retour sur les vignettes en plénière (15 minutes)

Avant tout : ne pas nuire

- **Conditions à ne jamais oublier avant de prescrire...**
 - Allergies
 - Interactions médicamenteuses
 - Contre-indications
 - Insuffisance rénale
 - Grossesse
 - Allaitement



Vignette clinique #1

Madame Lacasse

Vignette clinique #1 – Madame Lacasse

- Antécédents médicaux
 - F 36 ans, fracture malléole externe D ROFI il y a 7 semaines (retrait de la botte plâtrée x 2 sem.), pas d'allergie, non fumeuse
- Médication
 - Contraceptif oral combiné
- Anamnèse
 - Début sans aucun déclencheur identifié d'une douleur lancinante diffuse au pied D graduellement mais rapidement évolutive quelques jours après le retrait du plâtre. Elle trouve son pied enflé et a une légère perte de sensibilité cutanée, comme si la peau était légèrement anesthésiée.

Vignette clinique #1 – Madame Lacasse

- Examen physique
 - Dermatologique
 - Un discret œdème est visible, la peau est tendue et moite. Il n'y a aucune plaie. La cicatrice chirurgicale est guérie.
 - Vasculaire
 - Excellents pouls palpables
 - Neurologique
 - Hypoesthésie subjective au toucher léger, reste de l'examen sensitif, ROT et moteur N
 - MSK
 - Amplitudes articulaires N, mortaise N, pas de déformation sauf plaque et vis palpable en sous-cutané
 - Douleur non reproduite/exacerbée à la palpation

Vignette clinique #1 – Questions

Votre impression clinique vous oriente vers un SDRC.

1. Si vous ne pouviez demander qu'une seule investigation pour cette patiente, laquelle serait-ce et pourquoi ?
2. Quelle est la pathophysiologie expliquant les symptômes rapportés ?
3. Quelle serait votre prise en charge initiale de cette patiente en tant que podiatre ?
4. Quelles autres options thérapeutiques pourraient être envisagées conjointement avec le médecin traitant ?



Vignette clinique #2

Monsieur Lessard

Vignette clinique #2 – Monsieur Lessard

- Antécédents médicaux
 - H 64 ans, DM2 depuis 10 ans, pas de neuropathie, HbA1c de 7,1%, HTA, DLPD, MCAS (angine stable) traitée médicalement, néphropathie diabétique ClCr estimée 50 mL/min, pas d'insuffisance cardiaque.
- Allergie : aucune connue
- Médication
 - ASA 80 mg DIE, metoprolol 50 mg BID, atorvastatin 40 mg DIE, périndopril 2 mg BID, metformine 850 mg BID, empagliflozine 10 mg DIE
- Raison de consultation
 - Ongles des 2 hallux G jaunâtres et friables. Son épouse a pris un RDV pour lui suite au visionnement de l'annonce sur la mycose des ongles à la TV. Le patient est aSx et peu préoccupé par ce problème qui évolue lentement depuis au moins 5 ans.

Vignette clinique #2 – Monsieur Lessard

- Examen physique
 - Vasculaire
 - Statut normal
 - Neurologique
 - Monofilament/vibration normaux bilatéralement
 - Dermatologique
 - Squames fines diffuse sur toute la surface plantaire des 2 pieds et macération 4^e espaces interdigitaux



Vignette clinique #2 – Questions

Encore un cas d'onychomycose ! Si cette annonce peut bien arrêter de passer !

1. En quoi consistera votre investigation chez ce patient ? Quels sont les résultats attendus ?
2. Si vos analyses sont négatives ou si vous obtenez un résultat inattendu, qu'elle sera votre conduite ?
3. Si vos analyses confirment une infection à dermatophyte, quel sera votre plan de traitement (pharmacologique et adjuvants) ?
4. Quelles sont les précautions à prendre chez ce patient ? Quel sera votre suivi ?
5. Qu'allez-vous dire au patient concernant l'efficacité du traitement que vous lui proposez ?

Vignette clinique #3

Monsieur Tourigny

Vignette clinique #3 – Monsieur Tourigny

goutte

- Antécédents médicaux
 - H 62 ans, HTA, MPOC modérée, trouble anxieux non spécifié, PTG D
- Social : 4-5 bières par jour de longue date, ex-fumeur 40 p.a
- Allergie : aucune connue
- Médication
 - trandolapril 4 mg DIE, hydrochlorothiazide 25 mg DIE, amlodipine 5 mg DIE, tiotropium 18 mcg DIE, salbutamol PRN, sertraline 100 mg DIE
- Raison de consultation
 - Consulte pour une enflure et douleur intense et subite survenue il y a 48h à son 1^{er} AMTP G. C'est le 3^e épisode du genre au même site. Il n'avait pas consulté les dernières fois car il s'était soulagé avec un restant de « Dilaudil » qu'il avait encore dans sa pharmacie suite à sa prothèse de genou mais il ne lui en reste plus. Il n'a rien essayé d'autre.

Vignette clinique #3 – Monsieur Tourigny

- Examen physique
 - Signes vitaux : Normaux
 - Érythème diffus et œdème mal délimité de plus de 6 cm de diamètre centrée sur la 1^{ère} AMTP
 - Douleur exquise à la palpation et à la mobilisation de l'hallux avec limitation de l'AA 2aire à la douleur
 - Aucune lésion cutanée/ongles N
 - Pouls DP + TP N bilat.



Vignette clinique #3 – Questions

Il s'agit d'une monoarthrite récidivante de la 1^{ère} AMTP G. Compte tenu du site, de la présentation clinique et des antécédents du patient, une goutte semble la plus probable.

1. Souhaitez-vous faire des investigations supplémentaires chez ce patient ? Si oui, quoi ?
2. Quelle serait votre prise en charge immédiate ?
3. Quels aspects de la prise en charge nécessiterait un travail interdisciplinaire avec le médecin traitant du patient et son pharmacien ?
4. Quelles mesures diététoco-hygiéniques pourriez-vous discuter avec le patient dans le but d'améliorer sa santé en lien avec ce problème ?