

1

Eczéma aux plis de flexion

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Une fillette de 4 ans présente au peu d'eczéma aux plis de flexion et manifeste beaucoup de prurit généralisé à cause du grattage, et ce, malgré les émoullients en application topique.

Ces lésions érythémato-squameuses au pli poplité deviennent lichénifiées et un peu plus suintantes, et des lésions papuleuses et pustuleuses éparses apparaissent sur le corps principalement sur le membre inférieur droit.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit, à la base, d'eczéma atopique, et il y aurait eu impétiginisation des lésions par la suite. Le grattage aurait ensuite disséminé l'infection, causant une folliculite.

Quel est le germe en cause?

Le streptocoque ou le staphylocoque est ici en cause.

Quel est le traitement?

Ce cas bénin peut être traité avec un bactéricide en onguent, tel que l'acide fusidique ou la mupirocine en plus d'utiliser un savon antiseptique pour nettoyer la peau.

Cependant, il ne faut pas oublier la cause primaire de ces lésions et ainsi traiter l'eczéma avec un corticoïde topique faible.

Copyright ©
Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent
charger, adapter, modifier, copier, reproduire, réviser et imprimer une copie pour leur usage personnel

2

Dégénérescence d'une plaie

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, résident V en microbiologie-infectiologie, et Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue, interniste



Le patient n'a pas noté de fièvre ou de frissons, mais son diabète est maintenant débalancé depuis environ sept jours également.

Un homme de 59 ans, fumeur, atteint par la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) et diabétique de type 2 mal contrôlé se présente pour une plaie au pied.

Il avait noté l'apparition d'une ampoule à son talon droit trois semaines auparavant puis d'un ulcère de petite dimension.

Malgré des soins de plaies prodigués par le CLSC et la prescription de sept jours de ciprofloxacine, la lésion a progressé tout comme la douleur et la rougeur. Le patient n'a pas noté de fièvre ou de frissons, mais son diabète est maintenant débalancé depuis environ sept jours également. Il est hémodynamiquement stable, a une leucocytose avec un décompte de globules blancs à 14 000 et la culture de pus superficiel rapporte la croissance de *Citrobacter freundii*, d'*Enterococcus faecalis* et de *Staphylococcus aureus* sensible à l'oxacilline.

Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une infection de plaie diabétique.

Quel est le traitement?

Il faut s'assurer d'éliminer un abcès sous-jacent ainsi qu'une ostéomyélite. Une radiographie du pied simple pourra être faite initialement afin de rechercher de l'érosion osseuse (étant donné que la lésion progresse depuis plusieurs semaines). Un lavage et un débridement seront nécessaires également. Un traitement antibiotique avec imipénème/cilastatine est entamé, car la présence de *Citrobacter* empêche l'utilisation de bêta-lactame, une résistance pouvant se développer en cours de traitement, et ce, malgré une sensibilité initiale *in vitro*.