

Rassemblement AutonOme Unifié Lorrain des  
Internes de Médecine Générale

**OBJET : Des partenaires Raouliens, des cas cliniques Raouliens, des infos Raouliennes !!!**

Chers amis, chers confrères, chers co-internes,

Pour la 3<sup>ème</sup> Raoulienne, ENCORE des NOUVEAUTES !! A partir de ce mois-ci, vous pourrez trouver à la fin de chaque Raoulienne un cas clinique corrigé !

### **1. Les différentes dates à réserver pour vos prochains mois :**

- Le **8 Juillet 2016** : début des ré-inscriptions sur le site internet de la faculté de Médecine.
- Du **29 et 30 Septembre 2016**: Journées Nationales de la Médecine Générale JNMG à Paris
- du **6 au 8 Octobre 2016** : Entretiens de Bichat à Paris
- le **12 Octobre 2016** : Réunion d'accueil des nouveaux internes avec distribution des guides du Raoul
- le **14 Octobre 2016** : Répartition de stage pour le semestre de Novembre 2016 à Mai 2017  
+ TONUS de Rentrée !
- EN AVANCE le **27 et 28 Janvier 2017** : CONGRES 2017 des internes de Médecine Générale : A NANCY !

Chaque mois nous ré-actualisons les dates à retenir ! Pour vous, le RAOUL se met au goût du jour !

### **2. Informations sur nos partenariats :**

Le RAOUL IMG est une association à but non lucratif dont la principale inquiétude est le déroulement du parcours de CHACUN d'entre vous. Il est accompagné de nombreux partenaires afin d'améliorer votre quotidien d'interne ! Voici un aperçu des différents partenaires et des différentes aides qu'ils peuvent vous apporter :

GPM – Groupe pasteur mutualité- : Votre RCP gratuite à l'adhésion RAOUL, des professionnels à votre écoute et disponibles, qui vous permettront de trouver le bon contrat pour votre activité. Grâce à GPM de nombreuses activités ont pu être organisées : visite des MSP, escape game, TONUS, soirées oenologies ...

<https://www.gpm.fr>

Lorraine Médicale : Partenaire de premier choix pour tout votre matériel médical ! Existant depuis de très nombreuses années, vous trouverez dans ce magasin des personnes compétentes qui répondront à votre attente ! Si vous vous présentez avec votre Adhésion RAOUL, vous bénéficierez de 5% de remise sur vos achats. Sans compter que le magasin gère le SAV !

Adresse : 11 Rue des Sœurs Macarons, 54000 Nancy

<http://lorraine-medical.fr>

LES DOMAINES : Formidables cavistes qui nous accueillent lors des soirées Oenologies, que nous remercions ! Nous vous invitons à passer les voir pour demander conseils/avis, informations... mais aussi pour consommer des boissons d'excellente qualité ! Sans compter que vous bénéficierez de 10 % sur les vins choisis à la dernière soirée oenologie .

### **3. L'ISNAR-IMG : votre représentante nationale.**

A savoir : en adhérant au RAOUL, une partie de votre cotisation vous permet d'adhérer également à l'ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

Cette InterSyndicale représente tous les internes de médecine générale en France, permettant ainsi la défense de vos droits au niveau national. Elle suit avec attention la sortie des nouvelles lois et décrets et communique dessus.

L'ISNAR-IMG donne le point de vue des IMG concernant les nouvelles réformes en cours, notamment celle du 3ème cycle. Ainsi malgré les réticences de nombreux interlocuteurs, elle a réussi à garder le DES de Médecine Générale à 3 ans pour la rentrée 2017 !!

Le Raoul-IMG vous représente au sein du Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG, le dernier en date, les 17 -18-19 juin à Angers !

Mais ce n'est pas tout ! Le Raoul-IMG a des membres actifs au sein de l'ISNAR-IMG:

Alexandre DIDELOT : Trésorier de l'ISNAR-IMG et Kathy SCHULER, Chargée de mission congrès, qui se déroulera les 27 et 28 janvier 2017 à Nancy !

Le site internet de l'ISNAR-IMG s'est refait une beauté et nous vous conseillons vivement de prendre l'habitude d'y jeter un œil, car vous y trouverez un mine d'informations que nulle par ailleurs vous trouverez ! COME ON !

<http://www.isnar-img.com/>

<https://www.facebook.com/isnarimg/?fref=ts>

### **4. NOUVEAUTES ! L'impression de vos thèses à micro prix !**

L'ANEM, Association Nancéienne des Etudiants en Médecine, qui comme son nom l'indique se situe sur le campus de la Faculté de Médecine, et dont l'activité principale est la reprographie, a récemment étoffé son plateau technique, et s'est lancée depuis peu sur le marché de la thèse. Vous trouverez en pièce jointe un pdf comportant leur grille tarifaire détaillée portant sur l'impression et la reliure des thèses et autres rapports de stage.

Pour donner un ordre d'idée, l'impression et la reliure (par bande thermocollée) d'une thèse de 600 pages N&B est facturée par l'ANEM à un prix inférieur à 25€, et pour 100 pages N&B on tombe sous les 10€, avec des délais inférieurs à 48 heures.

<https://www.facebook.com/anemrepro>

## 5. Nouvel Antibioguide :

Actuellement Antibiolor est en train d'imprimer les nouveaux antibio

guides qui probablement vous seront livrés dans les prochaines semaines.

En attendant : voici une solution pour avoir l'antibio

guide toujours à portée de main et remis à jour automatiquement :

Téléchargez sur votre smartphone « Rx guidelines » puis cliquer dans « settings », enfin appuyer sur « Manage Guidelines », puis « Antibi

omicrobial » et enfin télécharger le dossier Antibiolor.

Et voilà ! Fini les erreurs d'antibiotiques !

ENJOY !!

## 6. FMC : CAS CLINIQUE !

GPM a créé un magazine médical « TOUT PREVOIR » que beaucoup d'entre vous doivent connaître ! Ce magazine n'a aucun conflit d'intérêt et nous conseillons de vous y abonner pour améliorer et entretenir vos énormes connaissances ! En médecine la pratique est difficile mais la remise à niveau est tellement plus compliquée ... Si vous souhaitez lire avant un cours au DMG, après un examen à la faculté, vous pouvez emprunter une revue « tout prévoir » au sein de notre local !

A SAVOIR ! Les cas cliniques qui vous seront proposés à la fin de chaque RAOULIENNE seront tirés de cette revue médicale, avec accord bien entendu de la direction de GPM. Le cas vous sera aussi transmis en pièce jointe.

Nous les en remercions beaucoup pour leurs aides !

*« Croire à la médecine serait la suprême folie si n'y pas croire n'en était pas une plus grande encore. », Marcel PROUST, A la recherche du temps perdu*

**Pour toute information, pour tous soucis rencontrés, que ce soit professionnel ou personnel, l'équipe du RAOUL-IMG est là pour vous !! N'hésite pas à l'interpeller !!**

[contact@raoul-img.fr](mailto:contact@raoul-img.fr)

MP par Facebook <https://www.facebook.com/img.raoul?fref=ts>

*L'équipe du RAOUL-IMG.*



# Rapport entre hyperéosinophilie et maladie de Kaposi

36

Dr Pierre Frances, médecin généraliste à Banyuls-sur-Mer.

Conflits d'intérêts : aucun.

## Cas clinique

Ricardo, Ougandais de 53 ans, n'est pas retourné dans son pays d'origine depuis 17 ans. Il a consulté dans un premier temps un collègue, il y a quatre ans, pour une toux persistante et des œdèmes des membres inférieurs. Un bilan biologique complet avait alors montré une hyperéosinophilie à  $800/\text{mm}^3$ . Ricardo avait décidé, juste avant l'apparition de la symptomatologie, de recueillir des chiens abandonnés. Depuis, il a déménagé, n'a pas gardé ses chiens, et a noté la majoration progressive d'une dyspnée, la présence d'œdèmes des membres inférieurs paroxystiques et de nodules de couleur noire au niveau du thorax, des jambes et des bras. En outre, depuis deux mois, il n'arrive pas à supprimer, malgré les antihistaminiques qu'il se procure en pharmacie, un prurit féroce qui le réveille même la nuit.

L'examen clinique montre :

- des lésions nodulaires au niveau des bras et des jambes, mais aussi des placards pigmentés de couleur violette au niveau du palais (figures 1 et 2)
- quelques sibilants diffus des champs pulmonaires
- des adénopathies axillaires, mais surtout inguinales, la plus importante ayant un diamètre de 4 cm.

Les examens biologiques se révèlent normaux pour la CRP, le ionogramme, le bilan hépatique, le bilan rénal, la sérologie VIH et l'électrophorèse des protéines. Par contre, la NFS montre une Hb à  $14 \text{ g}/100 \text{ ml}$  avec un VGM à  $88 \mu^3$ , des leucocytes à  $8\,000/\mu\text{l}$  (avec des polynucléaires éosinophiles à  $980/\text{mm}^3$ ).



Fig. 1 : lésions nodulaires sur le bras.

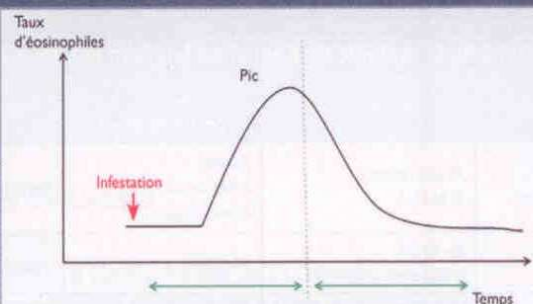


Fig. 2 : placards pigmentés violet au niveau du palais.

## Questions essentielles

- Quel diagnostic devez-vous envisager ?
- De quelle façon allez-vous procéder pour étayer vos hypothèses ?
- Quelle prise en charge doit être entreprise lorsque le diagnostic sera posé ?





Stade parasitaire	Migration larvaire (tissulaire) = période de prépatence	Adulte
Recherche de parasites dans les selles	-	±
Sérologie	- (2 à 4 semaines) puis +	

Tab. 1 : Courbe de Lavier.

## Dans le détail

### • Les diagnostics à envisager

Nous devons essayer, en premier lieu, de tenir compte des éléments cliniques et paracliniques recueillis au décours de notre observation. Si nous sommes logiques, en ce qui concerne les éléments paracliniques, un seul doit nous conduire à avoir une réflexion assez poussée : l'hyperéosinophilie (HE).

On parle d'HE dès lors que le taux d'éosinophiles est supérieur à 500/mm<sup>3</sup>. Les éosinophiles représentent le plus souvent entre 1 et 5 % de leucocytes circulants. Les polynucléaires sont le plus souvent intratissulaires, plutôt que circulants (ratio de 200/1).

Plusieurs étiologies donnent cette augmentation. Il faut d'abord penser à une origine parasitaire. Les helminthes constituent la première cause d'HE. L'importance de l'HE varie en fonction du parasite, de l'hôte et du temps. À ce titre, la courbe de Lavier (tableau 1) permet de déterminer l'évolution de l'HE. Il est possible de connaître la nature de ces parasitoses en fonction de l'origine du patient.

D'autres étiologies peuvent toutefois expliquer une HE :

- toxiques ou allergiques (médicaments, terrain allergique, suites de radiothérapie)
- hématologiques (leucémie aiguë, leucémie myéloïde chronique, maladie de Hodgkin, lymphome malin non Hodgkinien)
- dermatologiques (pemphigoïde bulleuse, dermatite herpétiforme, mastocytose, syndrome de Sézary, cellulite à éosinophile de Wells, angio-œdème de Gleich)
- digestives (maladie de Crohn, maladie de Whipple, gastro-entérite à éosinophiles)
- pulmonaires (aspergillose broncho-pulmonaire, pneumopathie de Carrington)
- néoplasiques (cancers bronchique, gastrique, rénal, utérin)
- auto-immunes (vascularite, polyarthrite rhumatoïde, fasciite de Schulman, maladie des embolies de cristaux de cholestérol)
- infectieuses (scarlatine, syphilis, tuberculose).

### • Moyens d'étayer ces hypothèses

Dans notre observation clinique, l'hyperéosinophilie est un élément très ancien, qui se majore sur une durée de quatre ans. Si nous étudions la courbe de Lavier, l'étiologie parasitaire est assez improbable compte tenu de l'évolution de l'HE. En effet, on devrait noter une diminution de cette HE depuis quatre ans. Il est possible d'avoir à l'esprit une éventuelle recontamination du sujet.

Cependant, un autre élément de l'observation doit nous interpeller : l'existence d'adénopathies (dont la plus importante est de 4 cm), mais aussi la présence de nodules cutanés. L'examen anatomopathologique d'une biopsie a affirmé le diagnostic de maladie de Kaposi.

### • La maladie de Kaposi

La maladie de Kaposi, ou sarcome de Kaposi, se définit comme un processus prolifératif mésoenchymateux induisant des facteurs de croissance viraux (interleukine 6 de l'herpès virus de type 8 : HHV-8) identifiés en 1994.

Quatre formes sont décrites :

- une forme classique méditerranéenne décrite en 1872 par Kaposi à Vienne, en Autriche. Elle représente une maladie cutanée maligne rare qui atteint surtout les patients âgés
- une forme endémique décrite en 1950 en Afrique centrale et de l'Est, que l'on retrouve chez l'adulte et l'enfant
- une forme post-transplant liée à une immunodépression acquise iatrogène, mise en évidence la première fois en 1970 chez des patients greffés recevant des immunosuppresseurs
- une forme épidémique liée au Sida, décrite en 1981 chez les patients infectés par VIH. C'est l'affection opportuniste la plus fréquente et le premier cancer des sidéens.

Cliniquement, au niveau cutané, trois types de lésions sont classiquement décrits :

- des plaques érythémato-angiomateuses de couleur violet foncé, ayant dans certains cas un aspect ecchymotique. Elles peuvent prendre un caractère kératosique ou bulleux
- des tuméfactions papulo-nodulaires. Elles sont présentes au début de l'atteinte ou au cours de l'évolution des plaques érythémateuses. Leur taille est variable et elles ont un caractère sessile ou pédiculé
- un œdème, parfois précoce mais souvent plus tardif (après l'apparition des plaques ou des nodules). Cet œdème est mou et prend le godet. Parallèlement, la peau s'épaissit et devient papillomateuse et kératosique. On rencontre souvent un authentique éléphantiasis kaposien.

D'autres localisations extracutanées sont décrites :

- ganglionnaires : la fréquence de cette atteinte est variable en fonction du caractère épidémiologique de la maladie. Ainsi, elle



Tab. 2 : Caractéristiques de la maladie de Kaposi en fonction des formes.

Maladie de Kaposi	Kaposi classique	Kaposi endémique	Kaposi post-transplant	Kaposi-Sida
Géographie	Europe centrale Pourtour méditerranéen	Afrique centrale et de l'Est	Europe Amérique du Nord Moyen-Orient	Mondiale
Âge	50-80 ans	25-40 ans Enfant avec ganglions	10-80 ans	Surtout adulte
Sexe ratio	15 hommes/1 femme	Majorité d'hommes	2 hommes/1 femme	50 hommes/1 femme
Terrain	Syndrome lymphoprolifératif Lymphopénie CD4 idiopathique	?	Greffe Risque x 500 avec immunosuppresseurs	Homo ou bisexuels Hétérosexuels et enfants en Afrique
Atteinte cutanée	Macules et papulo-nodules Larges plaques Localisation anale Lymphœdème	Formes : nodulaire 25 %, floride 40 %, infiltrante 15 %, ganglionnaire (enfants) 20 %	Expression intermédiaire Atteinte du visage et tronc possible	Macules Papules Nodules Ulcérations Plaques diffuses
Atteinte muqueuse	Rares	Rares	Plus fréquentes	Fréquentes
Ganglions	Rares	Surtout dans les formes florides et chez l'enfant (forme ganglionnaire)	Occasionnelles	Fréquentes
Atteinte viscérale	Rares : digestive, osseuse	Rares	Occasionnelles	Respiratoire Digestive ORL Médullaire Génitale

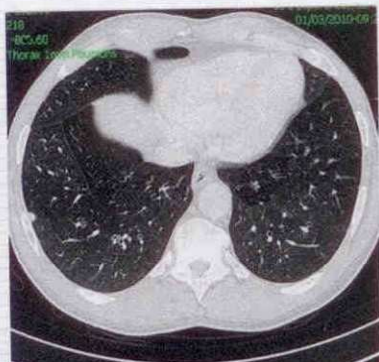


Fig. 3 : présence de nodules pleuraux et sous-pleuraux et de bulles d'emphysème centro-lobulaire affectant les apex pulmonaires droit et gauche.

38

est retrouvée dans 10 % des formes classiques, et parfois il s'agit du seul signe (notamment dans les formes africaines)

– au niveau des muqueuses : les lésions bucco-pharyngées sont fréquentes (palais, gencives, lèvres, joues, langue et amygdales). Une ulcération peut secondairement apparaître et une surinfection se développer. Les muqueuses génitales et oculaires sont parfois le siège de lésions

– viscérales et systémiques :

► le tube digestif est souvent touché. La cavité buccale présente des lésions violines, planes ou parfois nodulaires et angiomateuses. Elles peuvent saigner. Dans 50 % des sarcomes avec forme cutanée, il est retrouvé 100 % d'atteinte buccale. Une atteinte gastrique révélée par des épigastralgies est possible, tout comme une atteinte du grêle et du côlon. Dans ces deux derniers cas, la symptomatologie se caractérise par des signes fonctionnels ou des hémorragies digestives

► les atteintes hépatiques existent mais n'ont pas de traduction clinique

► le poumon présente des lésions non spécifiques avec des opacités parenchymateuses, des infiltrats interstitiels ou alvéolaires bilatéraux, des nodules trachéaux (mal limités) ou des épanchements pleuraux. Dans 30 % des cas, une toux sèche ainsi qu'une dyspnée sont les signes révélateurs de cette atteinte. Dans notre cas clinique, la TDM a permis d'objectiver la présence de nodules pleuraux et sous-pleuraux, ainsi que des bulles d'emphysème centro-lobulaire affectant les apex pulmonaires droit et gauche (figure 3).

► des atteintes cérébrales révélées par une hypertension

intracrânienne, des atteintes des glandes endocrines, des atteintes ORL, osseuses, médullaires, et uro-gynécologiques sont également décrites.

Cependant, il existe certains caractères spécifiques au type épidémiologique de maladie de Kaposi. Ainsi, dans la forme africaine endémique (qui est celle rencontrée chez notre patient), trois formes sont individualisées :

– la forme indolente ou « nodulaire localisée » qui touche les hommes âgés et prédomine aux membres inférieurs. Son évolution lente est un facteur de bon pronostic

– la forme floride ou agressive : les lésions cutanées ont tendance à envahir les parties molles par contiguïté. Parfois, la diffusion viscérale apparaît d'emblée. Cette forme met en jeu le pronostic vital

– la forme de l'enfant, qui reste ganglionnaire, pseudo-lymphomateuse, d'évolution très agressive et souvent mortelle. Généralement, si une atteinte cutanée est rencontrée, la localisation préférentielle est l'extrémité céphalique (en général au niveau péri-orbitaire).

Le tableau 2 permet de différencier les caractéristiques de la maladie de Kaposi dans ses quatre variantes.

Le diagnostic est souvent obtenu à la suite d'une biopsie cutanée ou, comme dans notre cas, lors de l'analyse anatomopathologique d'une adénopathie. Histologiquement, il s'agit d'une prolifération vasculaire de cellules fusiformes, ainsi que d'un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire, en proportion variable selon le stade de la maladie.



## • Les traitements

Locaux :

- chirurgie classique d'une lésion cutanée
- cryochirurgie au protoxyde d'azote dans le cas de lésions inférieures à 2 cm
- radiothérapie localisée à doses fractionnées (but esthétique essentiellement)
- chimiothérapie intralésionnelle avec la vinblastine et la bléomycine notamment.

Généraux :

- une chimiothérapie systémique
- La monothérapie par vincristine, épirubicine, étoposide, les anthracyclines liposomales et les taxanes tendent actuellement à remplacer la polychimiothérapie de type adriamycine + bléomycine + vincristine
- l'interféron alpha peut être proposé
- des traitements systémiques comme l'acide rétinoïque tout-trans a montré une efficacité sur des formes limitées.

## • La prise en charge dans notre observation

Bien entendu, en tenant compte des éléments qui ont été développés précédemment, il est difficile de comprendre les raisons de l'HE de notre patient.

En fait, le virus HHV-8 est retrouvé dans des proliférations lymphoïdes rares :

- la maladie de Castleman, hyperplasie angiofolliculaire, peut être associée à des lymphomes
- les lymphomes des séreuses, à grandes cellules B, souvent associés à des épanchements pleuraux, péricardiques, et péritonéaux.

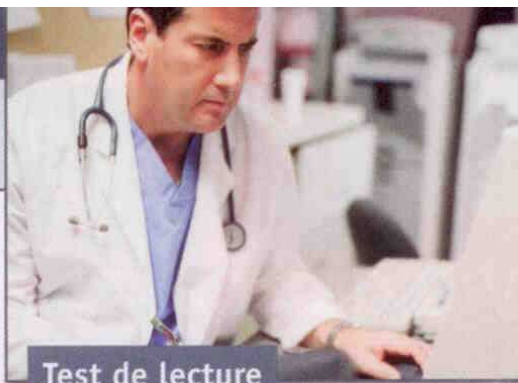
Chez notre patient, l'équipe d'hématologie a retenu le diagnostic de syndrome éosinophilique de type lymphoprolifératif avec une population lymphoïde anormale. L'électrophorèse a révélé une hypergammaglobulinémie polyclonale. En parallèle, la biopsie ostéomédullaire n'a pas retrouvé de syndrome lympho ou myéloprolifératif mais la biologie moléculaire a décelé la présence d'un clone T majoritaire au niveau de la moelle.

Malgré la chimiothérapie, l'évolution a été péjorative avec :

- une lésion ostéolytique de l'ischion (radiothérapie)
- une hémorragie révélatrice de lésions gastriques et du grêle (gastrostomie).

## Mots clés

- Kaposi
- hyperéosinophilie
- VIH



## Test de lecture

### 1/ La maladie de Kaposi est une pathologie due à un :

- a - Virus d'Epstein-Barr.
- b - Virus Ebola
- c - Virus HVC
- d - Papillomavirus
- e - Virus HHV-8.

### 2/ En ce qui concerne les formes cutanées de la maladie de Kaposi :

- a - Quatre types de lésions sont décrits
- b - Les œdèmes sont le plus souvent tardifs et se localisent sur le visage
- c - Il existe des formes papulo-nodulaires
- d - Des macules hypopigmentées faisant penser à un vitiligo sont souvent objectivées
- e - Il est possible de rencontrer des plaques de couleur violette qui peuvent avoir un caractère bulleux ou kératosique.

### 3/ Les atteintes viscérales au décours de la maladie de Kaposi se caractérisent par :

- a - Lors des atteintes digestives, l'estomac est le seul organe touché
- b - L'atteinte cérébrale se caractérise par des ischémies cérébrales
- c - Une atteinte pulmonaire est suspectée dès lors qu'il existe une toux sèche (dans 30 % des cas), et une dyspnée.
- d - Radiologiquement l'atteinte pulmonaire peut se caractériser par des bulles d'emphysème centro-lobulaires, et des infiltrats interstitiels.
- e - Des adénopathies sont retrouvées dans 50 % des cas.

### 4/ En ce qui concerne les hyperéosinophilies :

- a - On les rencontre chez les patients porteurs d'amibiase
- b - On peut les voir dans les mastocytoses
- c - Elles se rencontrent dans la maladie de Crohn
- d - Elles sont fréquentes dans les tuberculoses
- e - Elles peuvent être secondaires à une radiothérapie.

### 5/ Les hyperéosinophilies se rencontrent fréquemment dans les pathologies hématologiques suivantes :

- a - Dans les polyglobulies
- b - Dans les leucémies aiguës
- c - Dans les thrombocytémies essentielles
- d - Dans les leucémies myéloïdes
- e - Dans les maladies de Hodgkin.

Réponses : 1/e ; 2/c, e ; 3/c, d ; 4/b, c, d, e ; 5/b, c, e.

