

Le cas pour diagnostic : modification d'un outil d'apprentissage par résolution de problème

JM Bonnetblanc
Comité de Rédaction
Annales de Dermatologie

Le cas pour diagnostic des revues médicales

- Outil pédagogique
- Revue médicale
 - Annales de Dermatologie
 - Cas pour diagnostic
 - Autres journaux
 - Quizz
 - Off-center fold
 - Case report

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CASE RECORDS of the MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Founded by Richard C. Cabot

Nancy Lee Harris, M.D., *Editor*
Jo-Annie O. Shepard, M.D., *Associate Editor*
Sally H. Ebeling, *Assistant Editor*

Eric S. Rosenberg, M.D., *Associate Editor*
Alice M. Cort, M.D., *Associate Editor*
Christine C. Peters, *Assistant Editor*



Case 10-2008: A 10-Year-Old Girl with Dyspnea on Exertion

Kenan E. Haver, M.D., Christopher J. Hartnick, M.D., Daniel P. Ryan, M.D.,
Randheer Shailam, M.D., and Eugene J. Mark, M.D.

PRESENTATION OF CASE

Le cas pour diagnostic des revues médicales

o Présentation uniforme

» Motivation ?

» Implication ?

Le cas pour diagnostic

- Pédagogie
 - Résolution de problème clinique
 - Outil d'auto-évaluation
 - Augmenter sa connaissance et sa compétence
 - >> motivation
- Résultats :
 - Ai-je fait le bon diagnostic ? Satisfaction
 - Quels sont les éléments que je ne connaissais pas et que m'a apporté ce cas ?
 - >> travail personnel

Le cas pour diagnostic

- Problèmes
 - Auto-évaluation : ne s'évalue que par rapport à lui-même
 - Reflet de ses propres connaissances et de son expérience
 - Apport sur l'ignorance ?
 - Absence de comparateur/ référence
 - Peu impliquant

Choix éditorial en 2003

- Critères éditoriaux
 - dépend des auteurs
 - diagnostic faisable par le CR
- Critères pédagogiques
 - diagnostic trop facile/trop difficile
 - observation construite, artificielle
 - qualité iconographique
 - trois diagnostics minimum

Choix éditorial

- Forme
 - Présentation recto
 - présentation du cas
 - figures cliniques et anatomo-pathologiques
 - **cadre d'écriture** : les hypothèses diagnostiques du lecteur
 - Présentation verso
 - **les hypothèses diagnostiques du CR**
 - synthèse des auteurs

Formation médicale continue
Ann Dermatol Venerol 2005;131:503-4

Cas pour diagnostic
Rhinite croûteuse et hémorragique

T. BOYÉ (1), B. GRAFFIN (2), B. FOURNIER (1), B. GUENOC (1), J.-P. TERRIER (3), F. CARSUZAA (1)

motif de consultation

observation clinique

écrire


anapath non commentée



Une femme de 65 ans était adressée en urgence pour un syndrome acrocyanoïque et nécrotique fébrile (38°5) évoluant depuis 48 heures. Chez une patiente sans antécédent notable, l'examen dermatologique mettait en évidence :

- 1) des infarctus annulaires des palpès des doigts (fig. 1),
- 2) une rhinite croûteuse et hémorragique (fig. 2, 3),
- 3) des placards cyanotiques du majeur gauche (fig. 1) et des talons.

Les autres éléments de l'examen étaient les suivants : souffle d'insuffisance mitrale (3/6), conjonctivite bulbaire bilatérale. La PA était mesurée à 140/90 mmHg. L'examen pulmonaire était normal. Il existait une protéinurie et une hématurie (bandelette urinaire). Un examen histologique d'une lésion cutanée était réalisé (fig. 4).

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Inscrivez-les dans le cadre ci-dessous.



T. BOYÉ, B. GRAFFIN, B. FOURNIER, et al. Ann Dermatol Venerol 2005;131:503-4

hypothèses diagnostiques du CR

commentaires des auteurs

Les hypothèses du Comité de Rédaction ont été :

- endocardite infectieuse,
- septicémie à Gram + ou - avec CIVD,
- forme disséminée d'infection à *Fusarium*,
- maladie de Wegener.

Commentaires

Le diagnostic d'endocardite infectieuse, évoqué devant l'existence d'un syndrome fébrile associé à un souffle de régurgitation et des nécroses cutanées distales était éliminé par l'échocardiographie transœsophagienne et la négativité des hémocultures. Ce dernier élément joint à l'absence de signe de consommation en particulier de thrombopénie s'inscrivait contre l'hypothèse d'une septicémie à Gram + ou - avec CIVD [1]. L'absence de neutropénie, le caractère stérile des prélèvements cutanés et l'absence de sang dans le cratère de nécrose permettaient de écarter l'hypothèse d'infection disséminée à *Fusarium* [2].

Le diagnostic de **maladie de Wegener** était posé sur la présence d'une inflammation nasale et d'une hématurie microscopique associée, au niveau dermique, à une vasculite nécrosante leucocytoclasique, et un infiltrat riche en polymorphonucléaires éosinophiles (fig. 4). Les anticorps anti-cytoplasme des polymorphonucléaires neutrophiles étaient positifs de type cytoplasmique (C-ANCA anti-protéinase 3). La radiographie thoracique était normale. L'évolution était marquée par l'apparition d'un syndrome néphrotique. Le traitement initial comportant l'association cyclophosphamide en bolus (1 g) et corticothérapie générale (1 mg/kg/j) permettait une résolution des symptômes cutanés. Notre observation est originale par la découverte de la maladie de Wegener par l'atteinte cutanée initiale. Les manifestations cutanées sont inaugurales dans 8,6 p. 100 des cas au cours de la maladie de Wegener [3, 4]. Elles sont observées dans 90 à 95 p. 100 des cas au cours de l'évolution de la maladie. Le polymorphisme lésionnel (purpura infiltré, ulcérations, nodules sous cutanés), leur caractère ecchymotique et/ou nécrotique (boules hémorragiques, papules nécrotiques, infarctus annulaires des doigts et des orteils, hémorragies sous unguéales) et leur prédominance distale sont d'excellents éléments d'orientation clinique [5]. L'histopathologie cutanée objective une vasculite leucocytoclasique dermique (IgM et/ou C₃ dans 2/3 des cas en immunofluorescence directe) ou un granulome extravasculaire ou un patron mixte [4]. L'association de ce tableau aux manifestations oto-rhino-laryngées (rhinite croûteuse séro-sanglante, sinusite maxillaire parfois destructrice), pulmonaires (parfois asymptomatiques : opacités nodulaires multiples excavées dans la moitié des cas) et surtout rénales (habituellement insidieuses sous forme d'une hématurie et d'une protéinurie minimes en rapport avec une glomérulonéphrite segmentaire et focale à croissants) oriente classiquement le diagnostic. D'autres atteintes sont volontiers observées : oculaires (conjonctivite, sclérite, uvéite...), neurologiques périphériques ou centrales, articulaires [6].

Des anticorps anti-cytoplasme des polymorphonucléaires neutrophiles, généralement de type c-ANCA, sont présents dans 90 p. 100 des cas ; ils ont une excellente valeur prédictive positive. Le traitement initial comporte l'association cyclophosphamide en bolus - corticothérapie générale. Il permet d'obtenir une rémission chez 3/4 des malades en limitant le nombre de décès précoces des formes sévères d'emblée [6]. Le traitement d'entretien est plus discuté.

Références

1. Kimberley MD, Celsi JT, Gmyrek R, Grossman ME. Acute infectious purpura fulminans associated with asplenia or hyposplenism. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:493-6.
2. Boddy GP, Bakour M, Mays S, Duvic M, Kortepannis D, Hachem R, et al. Skin lesions associated with *Fusarium* infection. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:659-66.
3. Chyu JH, Hagstrom WJ, Soltani K, Falisoff B, Whitney DH. Wegener's granulomatosis in childhood: cutaneous manifestations as the presenting signs. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:534-6.
4. Daoud MS, Gibson LE, de Reme RA, Specks U, el-Azhary RA, Su WP. Cutaneous Wegener's granulomatosis: clinical, histopathologic and immunopathologic features of thirty patients. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:605-12.
5. Patten SF, Torneck KJ. Wegener's granulomatosis: cutaneous and oral mucosal disease. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:710-8.
6. Corder JF. Granulomatose de Wegener. *Rev Prat* 2000;50:2715.

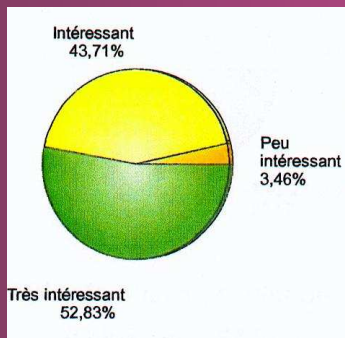
Conséquences

- Modèle hypothético-déductif
 - Critères éditoriaux
- Rôle moins passif
 - Lecture
 - Ecriture : **implication**
- Activité moins “solitaire”
 - Compareurs : CR, auteurs
 - Pertinence : **motivation**

Evaluation

- Enquête de lectorat
 - Questions établies par le CR
 - Centrées sur la revue (poster)
 - partie scientifique
 - partie FMC
 - Cas pour diagnostic
- 17 % de réponses

Résultats



Cas pour diagnostic

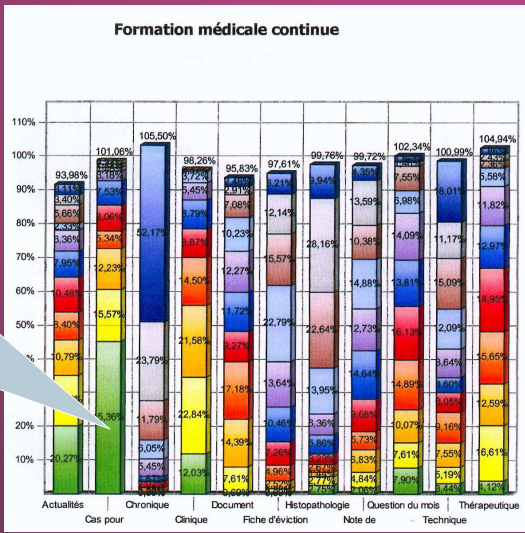
Très intéressant : 52.83%

Intéressant : 43.71%

Peu intéressant : 3.46%

Résultats

Le cas pour diagnostic est lu en premier par 45 % des lecteurs



Discussion

- Enquête sans comparateur antérieur
- Taux de satisfaction important
- Utilisation
 - stimule la discussion
 - apprentissage : décontextualisation/ recontextualisation
 - séances communes de FMC

Merci de votre attention

JM Bonnetblanc. Le "cas pour diagnostic" des Annales de Dermatologie : nouvelle structure d'un outil pédagogique. Ann Dermatol Venereol 2003;130:1101-3