



Les printemps de la médecine interne 2026

# LE DOSSIER DES SERVICES

Comme chaque année, tentez d'être

« le meilleur service de médecine interne de France »

en trouvant le diagnostic, en expliquant le mieux possible le titre, en argumentant votre réponse et en discutant les diagnostics alternatifs évoqués

Envoyez vos réponses

sous forme d'un court texte (1 page word police 12 interligne 2 maximum)

avant le 16 mars 2026

à l'adresse

*[printempsdelamedecineinterne@gmail.com](mailto:printempsdelamedecineinterne@gmail.com)*

## **Que faire devant une telle énigme ? Attendre et espérer**

Une patiente âgée de 72 ans était hospitalisée en dermatologie en novembre 2024 pour un purpura des membres inférieurs, pour lequel elle bénéficiait d'un traitement par COLCHICINE avec une évolution favorable.

Ses antécédents comportaient : fibrillation atriale, HTA, insuffisance mitrale, syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, myélome multiple asymptomatique IgG kappa en abstention thérapeutique, syndrome dépressif, anneau gastrique, hysterectomie, PTH droite.

Elle n'avait pas d'altération de l'état général, pas de manifestations extra-cutanées. Elle décrivait une acrocyanose sans réel phénomène de Raynaud, ne présentait pas de livedo.

La biopsie cutanée réalisée en dermatologie décrivait une vasculopathie thrombosante des capillaires avec infiltrat inflammatoire périvasculaire principalement lymphocytaire, pas de phénomène de leucocytoclasie, et des micro thrombi au sein de nombreux capillaires. L'immunofluorescence directe était négative.

Le TEP scanner en décembre 2024 ne retrouvait pas de lésion hypermétabolique suspecte de néoplasie solide ou d'hémopathie.

Suite à ces résultats, elle était adressée en médecine interne, avec première consultation en décembre 2024 sans lésion cutanée résiduelle à ce moment. Ses traitements lors de la première consultation de médecine interne comportaient : RIVAROXABAN, AMIODARONE, BISOPROLOL, CANDESARTAN, DULOXETINE, ESOMEPRAZOLE, OXAZEPAM, SKENAN, ACTISKENAN, COLCHICINE 0,5 mg/jour.

En février 2025 elle présentait une récidive de purpura des membres inférieurs rapidement extensif avec lésions érosives, sans hyperthermie. Il était constaté une tuméfaction distale des doigts d'aspect inflammatoire et un aspect livédoïde des doigts et des orteils.

Le scanner TAP injecté ne retrouvait pas d'argument pour une lésion évolutive néoplasique.

Une nouvelle biopsie cutanée était réalisée, retrouvant un infiltrat inflammatoire lymphocytaire périvasculaire sans leucocytoclasie associé à une extravasation d'hématies dans le derme, pas d'altération des parois vasculaires mais et un léger dépôt de C3 dans les parois capillaires. La COLCHICINE interrompue quelques semaines avant la récidive de purpura était alors reprise, le purpura se stabilisait et les arthralgies digitales régressaient.

Elle présentait une récidive en mars 2025 avec purpura nécrotique hyperalgie des membres inférieurs et des orteils, doigts, oreilles et péribuccales. L'écho-doppler artériel des membres supérieurs et inférieurs ne retrouvait pas d'anomalie particulière.

La nouvelle biopsie cutanée décrivait des micro-thrombi intra capillaires sans signe de vascularite, similaires à la première biopsie cutanée. L'immunofluorescence était négative.

Les lésions survenaient sous COLCHICINE diminuée à 0,5 mg/jour devant une tolérance digestive médiocre. Elles s'amélioraient initialement à la reprise de la COLCHICINE 1 mg/jour, mais récidivaient rapidement avec lésions nécrotiques creusantes (*photo*). Devant les lésions extensives hyperalgiques et en l'absence de diagnostic étiologique retrouvé, une corticothérapie d'épreuve était introduite pendant 2 semaines, la DULOXETINE et l'AMIODARONE étaient arrêtées dans l'éventualité d'une vascularite iatrogène, tout cela sans effet.

L'ensemble des explorations biologiques réalisées au cours des différentes consultations et hospitalisation retrouvaient :

- une anémie à 11 g/dl macrocytaires arégénérative, s'aggravant à 9,5 g/dl en février en regard d'une carence en Vitamine B9 et B12 avec une ferritine à 32 µg/l.
- absence de syndrome inflammatoire lors de l'hospitalisation de novembre 2024 et février 2025,
- apparition d'un syndrome inflammatoire pendant l'hospitalisation en mars 2025, cortico-sensible et récidivant à l'arrêt de la corticothérapie.

- pas d'anomalie du bilan hépatique, de la fonction rénale, du ionogramme ou du bilan phosphocalcique, pas d'hyper-triglycéridémie, pas de rhabdomyolyse. La TSH, la parathormone et la Vitamine D étaient normales,
- La recherche de protéinurie était négative à plusieurs reprises,
- sérologies VIH, VHB et VHC négatives,
- anticorps antinucléaires, ANCA, facteurs rhumatoïdes, anticorps anti-CCP, anticorps anti-phospholipides (ACC, anticorps anti-cardiolipines et anti-bêta 2 GP1 IgG et IgM) négatifs,
- Dosage du complément normal en décembre 2024, baisse isolée du CH50 avec C3 et C4 normaux lors de la consultation de décembre 2024, diminution isolée très discrète du C4 sur un seul bilan biologique de ville entre novembre et décembre 2024, sans baisse du CH50 ni du C3. Tous les dosages ultérieurs du complément étaient normaux.
- Recherche de cryoglobuline négative à 6 reprises,
- L'électrophorèse des protéines sériques retrouvait un pic monoclonal IgG Kappa à 25 g/l stable par rapport aux précédentes évaluations hématologiques, avec un ratio kappa/lambda à 72.

Alors que les lésions nécrotiques continuaient de s'aggraver et que la patiente était extrêmement douloureuse, il ne nous restait plus qu'attendre et espérer qu'un collègue inspiré ait une nouvelle idée.



*Purpura nécrotique des membres inférieurs au mois de mars.*