

DOSSIER N°1 : Un syndrome méningé fébrile

M. R, 34 ans, est amené aux urgences pour syndrome méningé fébrile.

Antécédents

Rougeole, oreillons et varicelle dans l'enfance.

Appendicectomie à 31 ans.

Accident de la voie publique il y a deux ans avec fracture du rocher et parésie faciale droite séquellaire.

Sérologies HIV, hépatite B, hépatite C négatives il y a 6 mois.

Aucune allergie connue.

Histoire de la maladie

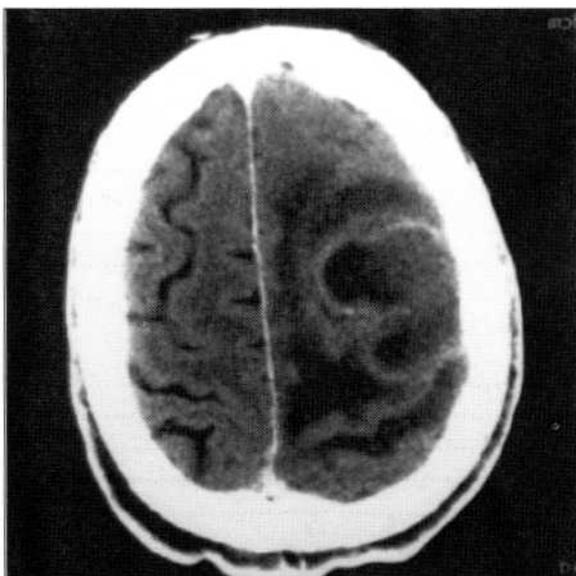
Apparition il y a 48 heures de céphalées, fièvre et raideur méningée. L'aspirine a été efficace jusqu'à ce matin.

Examen clinique

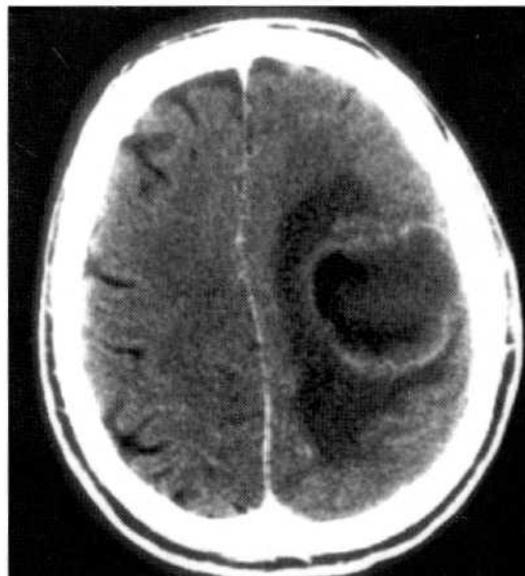
Température = 38,3°C, pouls = 90/minute, tension artérielle = 140/80 mmHg.

Signes de Kernig et de Brudzinski, raideur de nuque, hyperesthésie cutanée. Très céphalalgique. Pas de signe de localisation neurologique. Le reste de l'examen clinique est normal. La ponction lombaire retrouve : protéinorachie = 2,4 g/l, cellularité = 2800/mm³ (polynucléaires neutrophiles = 85 %), glycorachie = 1,6 mmol/l (glycémie = 5,7 mmol/l), examen direct : diplocoques Gram positif.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Sur quels arguments ?
3. Quelle est votre antibiothérapie de première intention ?
4. Quelle surveillance mettez-vous en place ?
5. Vous pratiquez une ponction lombaire de contrôle à 48 heures en raison d'une persistance de la fièvre (38,2°C). Quels sont les deux paramètres, obtenus par la PL, utiles pour juger de l'efficacité thérapeutique ?
6. A propos du germe en cause, que craignez-vous ? Quels en sont les facteurs de risque ? Quelle est l'antibiothérapie de première intention en cas de suspicion d'un tel germe ?
7. Au neuvième jour persiste une fièvre à 38,5°C et il existe une recrudescence des céphalées, l'examen clinique montre maintenant une exagération des réflexes ostéotendineux à droite sans signe de Babinski. Vous prescrivez un scanner cérébral avec injection. Quelle est votre interprétation ?



"Un syndrome méningé fébrile : TDM cérébral avec injection"



"Un syndrome méningé fébrile : TDM cérébral avec injection"

DOSSIER N°1

1. Quel est votre diagnostic? (10)

- Méningite à pneumocoques .

10

2 Sur quels arguments ? (15)

- Fièvre2
- Syndrome méningé :1
 - raideur axiale : signes de Kernig et de Brudzinski, raideur1
 - céphalées1
 - hyperesthésie cutanée1
- Méningite biologique bactérienne :1
 - hyperprotéinorachie > 1 g/l1
 - hypercytose >1000/mm³.....1
 - à polynucléaires neutrophiles1
 - hypoglycorachie < 2 mmol/l1
 - avec rapport glycorachie/glycémie < 0,31
 - présence de diplocoques Gram positif dans le LCR.....2
- Facteurs de risque de méningite à pneumocoques : antécédent de fracture du rocher (probable brèche durale) 1

3. Quelle est votre antibiothérapie de première intention ? (15)

- Méningite à pneumocoques.....NC
- Céphalosporine de troisième génération5
- Intraveineuse5
- Ex : Céfotaxime/Claforan® 200-300 mkj, ou Céftriaxone/Rocéphinee 70-100 mkj5

4. Quelle surveillance mettez vous en place ? (15)

- Clinique2
 - conscience2
 - signes de localisation neurologique déficitaires, convulsions.....2
 - céphalées, raideur de nuque, signes de Kernig et de Brudzinski, photophobie 1
 - température2
 - tension artérielle1
 - pouls1
 - signes de localisation métastatique : osseuse en particulier.....1
 - constipation habituelleNC
- Biologique1
 - NFS1
 - VS1
 - CRP1
 - Hémocultures si frissons ou pic thermique.....1
 - Ponction lombaire à 36-48 heures selon l'évolution1
- Pas d'imagerie systématique (ne pas irriter le correcteur)NC

5. Vous pratiquez une ponction lombaire de contrôle à 48 heures en raison d'une persistance de la fièvre (38,2°C). Quels sont les deux paramètres, obtenus par la PL, utiles pour juger de l'efficacité thérapeutique ? (10)

- Stérilisation (direct et culture)5
- Glycerachie (remontée ou normalisation)5

6. A propos du germe en cause, que craignez-vous ? Quels en sont les facteurs de risque ? Quelle est l'antibiothérapie de première intention en cas de suspicion d'un tel germe ? (20)

- Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (également accepté : < résistant à la pénicilline »)4
- Défini par une CMI à la pénicilline entre 0,12 et 1 mg/1 (pneumocoque de sensibilité intermédiaire) ou supérieure à 1 mg/1 (pneumocoque résistant de haut niveau)NC
- Jeune âge (enfant)2
- Bétalactamine dans les mois précédents.....2
- Immuno-dépression (infection à VIH en particulier)2
- Association bactéricide synergique2
- Parentérale2
- Céphalosporine de troisième génération (même posologie)2
- Vancomycine (40-60 mkj avec bolus 15 mk)4

7. Au neuvième jour persiste une fièvre à 38,5°C et il existe une recrudescence des céphalées, l'examen clinique montre maintenant une exagération des réflexes ostéotendineux à droite sans signe de Babinski. Vous prescrivez un scanner cérébral avec injection. Quelle est votre interprétation ? (15)

- Abscès intra-cérébral fronto-pariétal gauche8
- Car lésion hypodense irrégulière prenant le contraste en anneau (ou cocarde) périphérique 3
- Entourée d'une zone hypodense d'œdème cérébral.....3
- Entraînant un effet de masse modéré sur la faux du cerveau1

DOSSIER N°2: Une maladie d'Alzheimer ?

Madame R, 71 ans, consulte pour savoir si elle est atteinte de maladie d'Alzheimer dont elle a beaucoup entendu parler à la télévision ces derniers temps.

Elle se plaint de troubles mnésiques s'étant aggravés progressivement sur six mois. En effet, il lui arrive souvent d'oublier la chose qu'elle était sortie acheter, ou de ne pas se souvenir de noms de personnes rencontrées récemment, de numéros de téléphone, de dates d'évènements familiaux. « De toute manière, je vais mourir folle comme ma mère, et ce ne sera pas une grande perte pour ma famille, car je ne suis plus bonne à rien. Tout ce que je fais, c'est coûter de l'argent à ma famille qui doit m'entretenir. Ce n'est pas la peine de vivre plus longtemps si c'est pour vivre dans ces conditions. »

Antécédents

Méningite purulente à l'âge de 35 ans. Glaucome aigu par fermeture de l'angle à 62 ans, opérée des deux yeux.

Hypertension artérielle traitée par Lasilix®/Furosémide depuis 5 ans. Diabète non insulino-dépendant traité par Daonil® depuis 3 ans.

Examen clinique

Température = 37,3°C, pouls = 65/minute, tension artérielle = 150/80 mmHg.

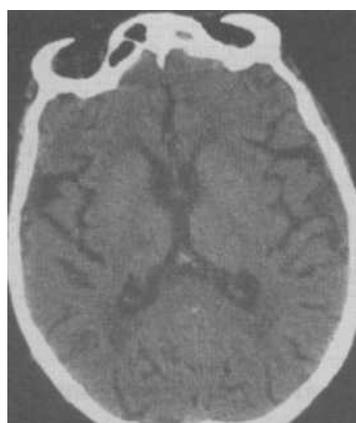
Pas de déficit moteur ni sensitif. Réflexes ostéotendineux normaux en dehors de l'abolition bilatérale des réflexes achilléens. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Pas d'anomalies des nerfs crâniens. Pas de syndrome cérébelleux.

Eclat de B2 au foyer aortique.

1. Quels sont en général les critères définissant une "maladie d'Alzheimer probable" ?
2. Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ? Quelle est la plus probable ?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?
4. Le scanner cérébral avec injection est soumis à votre interprétation.
5. Quel est votre traitement de première intention ?
6. Votre traitement est d'abord très efficace, avec une nette diminution de la plainte mnésique. Malheureusement, les troubles reprennent au bout de quelques mois et s'aggravent ensuite avec installation en deux ans d'une démence évoluée. Le nouveau scanner cérébral avec injection est soumis à votre interprétation.
7. Quel est votre diagnostic



Q4 : TDM cérébral avec injection



Q6 : TDM cérébral avec injection



DOSSIER N°2

1. Quels sont en général les critères définissant une « maladie d'Alzheimer probable » ? (20)
- Présence d'un syndrome démentiel :2
 - perte des capacités intellectuelles retentissant sur la vie sociale (ou professionnelle) associée à :1
 - troubles mnésiques2
 - présence d'au moins un des troubles suivants
 - troubles du jugement.....1
 - troubles de l'abstraction1
 - troubles des fonctions cognitives (aphasie, apraxie, agnosie, apraxie de construction)2
 - modifications de la personnalité (exagération des traits pré-morbides)2
 - absence de trouble de vigilance (pas de confusion)2
 - apparition insidieuse1
 - évolution chronique.....1
 - Pour une maladie d'Alzheimer
 - apparition entre 40 et 90 ans, en général après 65 ans (maladie d'Alzheimer classique avant 65 ans)1
 - antécédents familiaux de troubles similaires1
 - examen du LCR normal1
 - EEG normal ou troubles non spécifiques (ondes lentes)1
 - scanner cérébral normal en dehors d'une atrophie cérébrale1
- 2 Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ? Quelle est la plus probable ? (15)
- Dépression sévère avec tableau pseudodémentiel : la plus probable3+3
 - Démences dégénératives : démence sénile de type d'Alzheimer.....3
 - Démences artériopathiques (ou vasculaires) : démence multi-infarctus, état lacunaire, angiopathie amyloïde, maladie de Binswanger.....2
 - Démence mixte2
 - Hydrocéphalie à pression normale1
 - Intoxication médicamenteuse chronique.....1
- Les multiples autres causes de démence sont non cotées
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ? (20)
- NFS.....2
 - VS.....2
 - Electrophorèse des protéines sériques2
 - Ionogramme avec glycémie, créatininémie, calcémie, phosphorémieNC
 - Vitamine B12, folates.....2
 - TSH us2
 - Examen du LCR par ponction lombaire (cytologie, bactériologie, biochimie)2
 - ECG2
 - EEG2
 - Radiographie de thorax.....2
 - Scanner cérébral sans puis avec injection2
4. Le scanner cérébral avec injection est soumis à votre interprétation. (10)
- Scanner cérébral normal10

5. Quel est votre traitement de première intention ? (15)

- Après avoir éliminé une cause organique de dépression ou de démence2
- Traitement antidépresseur d'épreuve.....2
- Après avoir éliminé les contre-indications (cardiologiques en particulier)2
- Antidépresseurs tricycliques2
- Intraveineux au début.....2
- Prévention du risque suicidaire2 j
- Neuroleptique sédatif per os le soir au début : Nozinane/Lévomépromazine 25 mg2
- Rééducation mnésique.....NC
- Surveillance (oubli = 0)1

6. Votre traitement est d'abord très efficace, avec une nette diminution de la plainte mnésique. Malheureusement, les troubles reprennent au bout de quelques mois et s'aggravent ensuite avec installation en deux ans d'une démence évoluée. Le nouveau scanner cérébral avec injection est soumis à votre interprétation. (12)

- Dilatation modérée des ventricules latéraux-: atrophie sous corticale 4
- Elargissement modéré des sillons corticaux : atrophie corticale4
- L'atrophie cérébrale marquée en pariétal.....4
- Compatible avec une démence de type Alzheimer.....NC

7. Quel est votre diagnostic ? (8)

- Démence sénile de type Alzheimer probable9

DOSSIER N°3: **Céphalée brutale et impotence du membre inférieur gauche**

M. I, 32 ans, consulte en urgence pour céphalée brutale associée à une impotence du membre inférieur gauche.

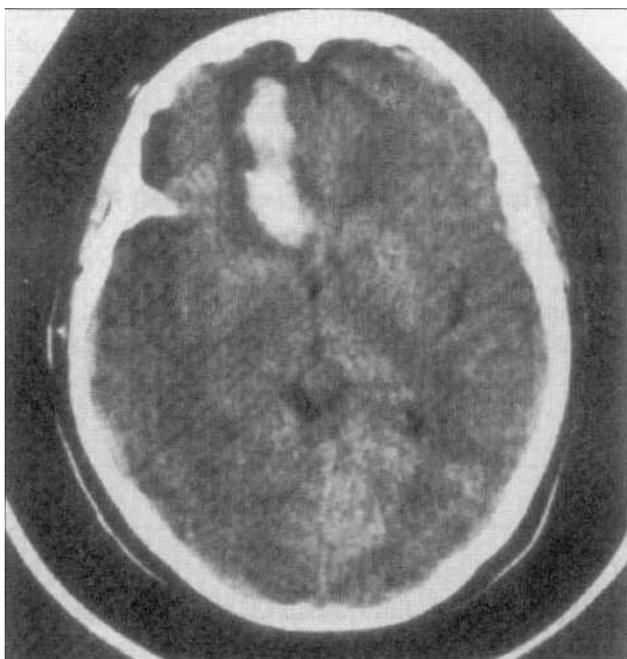
Antécédents personnels : rhumatisme articulaire aigu à 5 ans sans séquelle cardiologique, épilepsie essentielle depuis l'âge de 15 ans, spondylarthrite ankylosante diagnostiquée il y a sept ans, traitée par antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens à la demande.

Sur le plan familial, son père et son frère aîné sont hypercholestérolémiques (type III), sa mère et un cousin germain maternel sont porteurs d'une polykystose rénale.

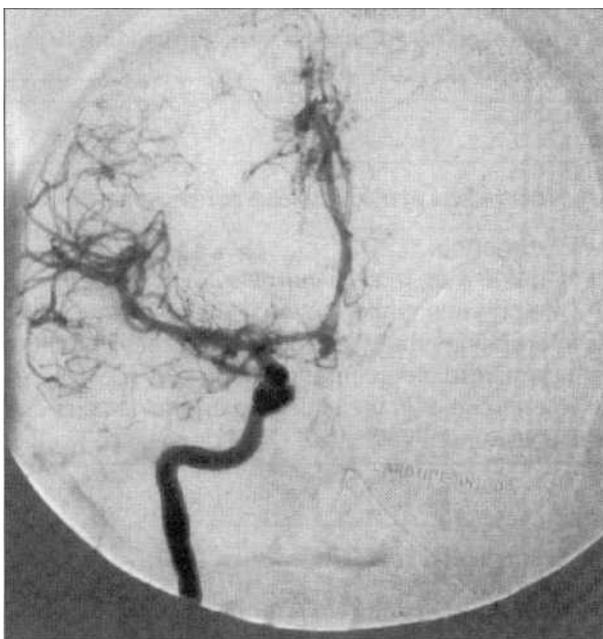
Tout est apparu brutalement il y a deux heures.

L'examen clinique retrouve un déficit moteur crural gauche et des réflexes ostéotendineux stylo-radial gauche, cubital gauche, tricipital gauche et rotulien gauche diffusés vifs et polycinétiques. Pas de raideur de nuque, de signe de Kernig ni de Brudzinski. Le reste de l'examen clinique est normal. La tension artérielle est à 140/80 mmHg, le pouls à 92/minute, la température à 37,4°C. Le patient vomit deux fois pendant l'examen.

1. Quelles sont les principales causes d'accident neurologique brutal ?
2. Vous prescrivez un scanner cérébral en urgence sans injection. Quelle est votre interprétation ? Quel est votre diagnostic ?
3. Quel est votre traitement des premières heures ?
4. Vous allez pratiquer une artériographie cérébrale. Dans quel délai ? Dans quel(s) but(s) ?
5. Interprétez l'artériographie.
6. Quel est votre complément de traitement ?
7. Vous suspectez une maladie associée à cet accident. Laquelle ? Comment la confirmerez-vous ?



02 : TDM cérébral sans injection



Q5 : Artériographie cérébrale

DOSSIER N°3**1. Quelles sont les principales causes d'accident neurologique brutal ? (15)**

- Accident vasculaire cérébral (transitoire ou non)3
- Hypoglycémie3
- Manifestations pseudo-vasculaires des processus expansifs intra-crâniens..... 3
- Epilepsie3
- Migraine.....3

2. Vous prescrivez un scanner cérébral en urgence sans injection. Quelle est votre interprétation ? Quel est votre diagnostic ? (15)

- Interprétation
 - hyperdensité spontanée parenchymateuse3
 - homogène3
 - entourée d'une zone d'hypodensité périphérique (cedème réactionnel)3
- Hématome intra-cérébral3
- Frontal (fronto-basal) droit3

NB : Ne pas parler du territoire de l'artère cérébrale antérieure car l'hématome ne respecte normalement pas le territoire vasculaire de l'artère dont il est né.

3. Quel est votre traitement des premières heures ? (15)

- Hospitalisation en neuro-chirurgie2
- Repos au lit strict1
- Pose d'une voie d'abord veineuse1
- A jeun1
- Antalgiques IV (paracétamol/Prodafalgan®)2
- Prévention du vasospasme artériel secondaire (nimodipine/Nimotop®) IV 2 mg/h4
- Contrôle de la tension artérielle si besoin (maintenir au niveau actuel)NC
- Correction d'une éventuelle hyponatrémie.....NC
- Pas d'anticomitiauxNC
- Prévention de l'ulcère de stress (ranitidine IV)-2
- Surveillance (oubli = 0)2

4• Vous allez pratiquer une artériographie cérébrale. Dans quel délai ? Dans quel(s) but(s) ? (15)

- En urgence.....5
- Répétée à un mois si normale.....2
- Recherche une malformation vasculaire (artérielle, artéριο-veineuse, capillaro-veineuse...)2
- Informations thérapeutiques (accessibilité neuro-chirurgicale d'un anévrisme artériel, aide au choix entre chirurgie/radiologie interventionnelle)2
- Recherche d'un vasospasme artériel localisé.....2
- Déplacement vasculaire (effet de masse)2

5. Interprétez l'artériographie. (15)

- Artériographie cérébrale de face.....3
- Sélective de l'artère carotide interne droite.....3
- Anévrisme de l'artère communicante antérieure3
- Déplacement à gauche de l'artère cérébrale antérieure (par l'hématome)3
- Pas de vasospasme artériel3

6. Quel est votre complément de traitement ? (10)

- Chirurgie d'exclusion de l'anévrisme par un clip à son collet4
- Ou pose d'un coil (spirale) en radiologie interventionnelle endovasculaire..... 4
- Evacuation de l'hématome car signes déficitaires (neuro-chirurgie)2

7. Vous suspectez une maladie associée à cet accident. Laquelle? Comment la confirmerez-vous ? (15)

- Polykystose rénale5
- Recherche de gros reins polykystiques2
- Bandelette urinaire2
- Hématies/Leucocytes/minute2
- Echographie rénale2
- Urographie intraveineuse.....2

NB : Ce dossier est quelque peu atypique. De manière générale, retenir que l'anévrisme artériel rompu donne un tableau d'hémorragie méningée (sans déficit initial), alors que la malformation artério-veineuse donne des hémorragies cérébro-méningées. Parfois, les anévrismes de l'artère communicante antérieure ou de la vallée sylvienne donnent des hématomes collectés comme c'est le cas ici.

DOSSIER N°4: Une crise d'angoisse aiguë

Mlle B, 20 ans, étudiante en psychologie, consulte aux urgences pour crise d'angoisse aiguë.

« Je suis rentrée tout à l'heure dans le métro et je me suis sentie le souffle coupé. J'avais des palpitations, le cœur serré et je me suis mise à trembler. J'ai eu l'impression que j'allais mourir. Je suis vite sortie du métro et ça s'est passé en quelques minutes, mais j'ai peur que ça recommence. »

A l'examen, la patiente est pâle et agitée.

1. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
2. Quels éléments cherchez-vous à l'interrogatoire ?
3. Quels éléments cherchez-vous à l'examen physique ?
4. Si l'examen clinique est entièrement normal, demandez-vous des examens complémentaires ? Si oui, détaillez. Si non, justifiez.
5. Vous ne retrouvez donc aucune pathologie organique. Quel est votre traitement en urgence ?
6. En fait, c'est le cinquième épisode de ce type depuis la rentrée universitaire. Quel est finalement le diagnostic ?

DOSSIER N°4

1. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ? (20)

• Urgences médico-chirurgicales :	2
- hypoglycémie.....	2
- hyperthyroïdie.....	1
- phéochromocytome.....	NC
- intoxication aiguë : drogues, médicaments.....	2
- embolie pulmonaire	1
- péricardite	1
- angor et infarctus myocardique	1
- troubles du rythme cardiaque (ex : Wolf Parkinson White en crise)	1
- asthme décompensé	1
- grossesse extra-utérine	1
- colique néphrétique	1
- hémorragie cérébro-méningée	1
- épilepsie temporale	1
• Attaque de panique dans le cadre d'un trouble panique ou névrose d'angoisse	2
• Décompensation aiguë d'une névrose ou psychose	2

2 Quels éléments cherchez-vous à l'interrogatoire? (16)

• Confusion (désorientation temporo-spatiale, obnubilation)	2
• Antécédents médicaux : diabète, asthme, cardiopathie, douleurs thoraciques	2
• Antécédents d'épisodes de même type	2
• Facteurs déclenchants (positionnels, psychologiques)	2
• Etat psychologique : personnalité pathologique, dépression, idées suicidaires, délire chronique	2
• Date des dernières règles	2
• Intoxication aiguë (drogues, alcool)	2
• Traitements au long cours	2

3. Quels éléments cherchez-vous à l'examen physique ? (20)

• Température.....	2
• Tension artérielle.....	2
• Fréquence cardiaque	2
• Recherche de signes de choc.....	2
• Signes neurologiques de localisation	2
• Pupilles (taille, réactivité)	2
• Auscultation pulmonaire : sibilants.....	2
• Auscultation cardiaque : frottement péricardique, régularité, click de prolapsus valvulaire mitral (fréquent dans la population générale, parfois accusé dans les crises d'angoisse aiguë)	2
• Palpation abdominale : signes d'hétopéritoine, douleur de fosse iliaque, cul de sac de Douglas bombant douloureux	NC
• Toucher vaginal : utérus augmenté de volume, métrorragies minimales	2
• Palpation des fosses lombaires (douleur de colique néphrétique)	2

4. Si l'examen clinique est entièrement nonnal, demandez-vous des examens complémentaires ? Si oui, détaillez. Si non, justifiez. (20)

• OUI.....	2
• ECG	3
• Radiographie de thorax.....	3
• Glycémie au doigt puis veineuse	3

- Ionogramme sanguin3
- Calcémie.....3
- Recherche de toxiques et alcoolémie au moindre doute3
- Recherche de bétaHCG plasmatiques au moindre doute.....NC

5. Vous ne retrouvez donc aucune pathologie organique. Quel est votre traitement en urgence ? (20)

- Pas d'hospitalisation hors pathologie psychotique ou idées suicidaires 6
- Rassurer la malade (attitude compréhensive, calme)6
- Chimiothérapie :3
- Benzodiazépine, ex : Diazépam/Valium « intramusculaire (ex : 10 mg)3
- envisager un traitement au long cours si fond anxieux permanentNC
- Surveillance2

6. En fait, c'est le cinquième épisode de ce type depuis la rentrée universitaire. Quel est finalement le diagnostic ? (4)

- Névrose d'angoisse (ou trouble panique)4

DOSSIER N°5:16 ans, 40 kilos, 1 m 70

Mlle C., 16 ans, est amenée en consultation par sa mère qui la trouve anormalement maigre (40 kilos pour 1 m 70). Mlle C. est une jeune fille qui n'a jusque-là jamais posé de problème à ses parents, réussissant très bien à l'école (meilleure élève de sa classe de première). Depuis que son frère aîné est parti aux États-Unis il y a un an, elle a changé. Elle refuse de venir à table, disant qu'elle n'a pas faim, que de toute façon, elle est bien assez grosse comme ça. Elle ne mange plus que des haricots verts et des chewing gum sans sucre. Elle continue de faire beaucoup de sport (danse classique à haut niveau) et dit se sentir parfaitement bien, en harmonie avec son corps.

Examen clinique : pouls à 70/minute, pâleur, tension artérielle à 90/60 mmHg, fonte musculaire, maigreur, œdèmes des membres inférieurs, sécheresse cutanée.

1. Analyse sémiologique de cette observation.
2. Quel est le diagnostic ?
3. Il existe une triade diagnostique de cette pathologie, dont un élément manque ici. Lequel ?
4. Quels éléments biologiques recherchez-vous ?
5. Quels sont les principes du traitement ?
6. Quelles sont les évolutions possibles de cette pathologie ?

DOSSIER N°5

1. Analyse sémiologique de cette observation. (30)	
• Adolescente	2
• Anosognosie (amenée par sa mère, se sent parfaitement bien)	2
• Amaigrissement	3
• Anorexie	3
• Dymorphophobie : se sent trop grosse	2
• Perte du schéma corporel	2
• Hyperactivité, surinvestissement intellectuel.....	2
• Facteur déclenchant : départ du frère	2
• Facteur favorisant : danseuse	2
• Signes carentiels :	2
- hypotension artérielle	2
- pâleur : anémie	2
- sécheresse cutanée (carence vitaminique)	2
- œdèmes des membres inférieurs.....	2
2 Quel est le diagnostic ? (5)	
• Anorexie mentale de l'adolescente.....	5
3.11 existe une triade diagnostique de cette pathologie, dont un élément manque ici. Lequel ? (5)	
• Aménorrhée	5
4. Elle présente une hypokaliémie à 2,9 mmol/L. Quels sont les mécanismes possibles de cette anomalie ? (20)	
• Dénutrition.....	5
• Vomissements	5
• Laxatifs	5
• Diurétiques	5
5. Quels sont les principes du traitement ? (20)	
• Urgence médico-psychiatrique.....	1
• Hospitalisation libre ou à la demande d'un tiers sans sorties ni visites	2
• Rééquilibration hydro-électrolytique et correction des carences (oubli = 0)	2
• Séparation de la famille	2
• Contrat de poids (poids de levée d'isolement et poids de sortie de l'hôpital)	5
• Réalimentation progressive.....	5
• Psychothérapie d'inspiration psychanalytique	2
• Surveillance (oubli = 0)	1

6. Quelles sont les évolutions possibles de cette pathologie ? (20)

• Mortalité (5 %)	2
• Guérison (45 %)	2
• Chronicisation (50 %) avec :	4
- hypochondrie.....	2
- phobies	2
- addictions	2
- dépressions	2
- auto-agressivité	2
- hétéro-agressivité.....	2

DOSSIER N°6: Le petit Luc, 10 mois, inquiète sa mère

Le petit Luc, 10 mois, est amené en consultation par sa mère qui s'inquiète de son comportement.

Antécédents : né à terme par césarienne pour souffrance foetale aiguë avec liquide amniotique méconial, traitement antibiotique pendant 3 semaines en néonatalogie. Une bronchiolite aiguë à 6 mois. Deux otites moyennes aiguës gauches.

Interrogatoire de la mère

C'est le deuxième enfant, sa grande soeur de 3 ans est en bonne santé. Il va à la crèche où il ne pose pas de problème particulier. C'est un enfant très sage : il ne pleure pas quand sa mère le quitte, il joue souvent tout seul pendant des heures à regarder ses mains. Par contre, il est capricieux : « il est très difficile pour la nourriture, ne mange presque que des aliments lactés et a piqué une grosse colère quand je suis rentrée de chez le coiffeur avec une coiffure différente, il s'est jeté par terre en hurlant. »

A l'examen clinique : il s'assoit seul, peut se lever en se tenant aux meubles. Légère hypotonie globale. Ne tourne pas la tête quand on l'appelle et ne semble pas s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, à part à certains objets comme son ours en peluche avec lequel il joue la plus grande partie de la journée. Son langage est limité à quelques cris répétitifs.

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?
2. Quel est le développement psychomoteur normal à cet âge ?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pourriez-vous prescrire chez le petit Luc ?
4. Quelle affection neuro-sensorielle peut mimer ce tableau ?
5. Quels sont les moyens de dépistage précoce de cette affection neuro-sensorielle ?

DOSSIER N°6

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (20)

- Autisme de l'enfant (de Kanner)1 0
- Isolement.....2
- Immuabilité (n'a pas supporté le changement de coiffure de sa mère)2
- Stéréotypies motrices (jeux de mains devant les yeux après six mois)2
- Troubles du langage (cris répétitifs)2
- Troubles affectifs (ne s'intéresse pas à ce qui l'entoure)2

2 Quel est le développement psychomoteur normal à cet âge ? (20)

- Moteur : tient assis seul (et se met debout seul)4
- Coordination psychomotrice : pince pouce-index (dès 9 mois), attrape les objets4
- Langage:
- répond à l'appel de son nom.....4
- syllabes dédoublées (dès 9 mois)4
- Sociabilité : fait "au revoir"et "bravo"4

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pourriez-vous prescrire chez le petit Luc ? (20)

- Examen ORL complet.....5
- Avec audiogramme.....5
- Electro-encéphalogramme.....5
- Tomodensitométrie cérébrale5
- Bilan psychomoteur, psychologique, orthophonique.....NC

4. Quelle affection neuro-sensorielle peut mimer ce tableau ? (20)

- Surdit 20

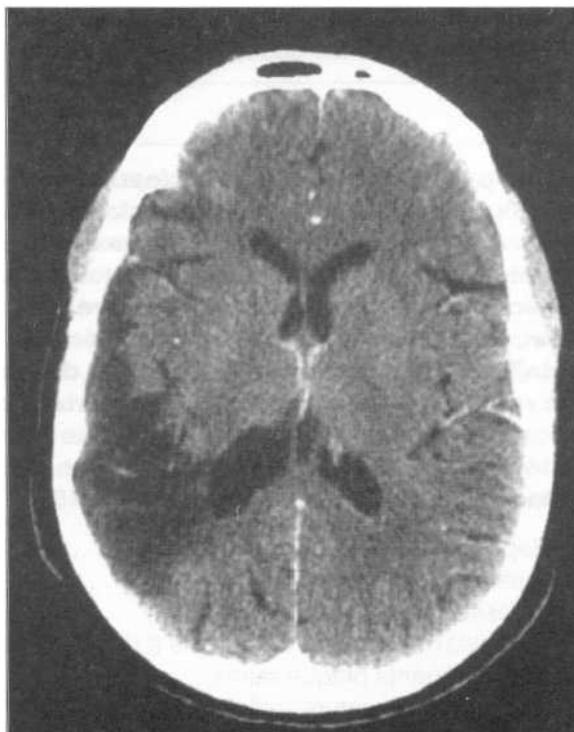
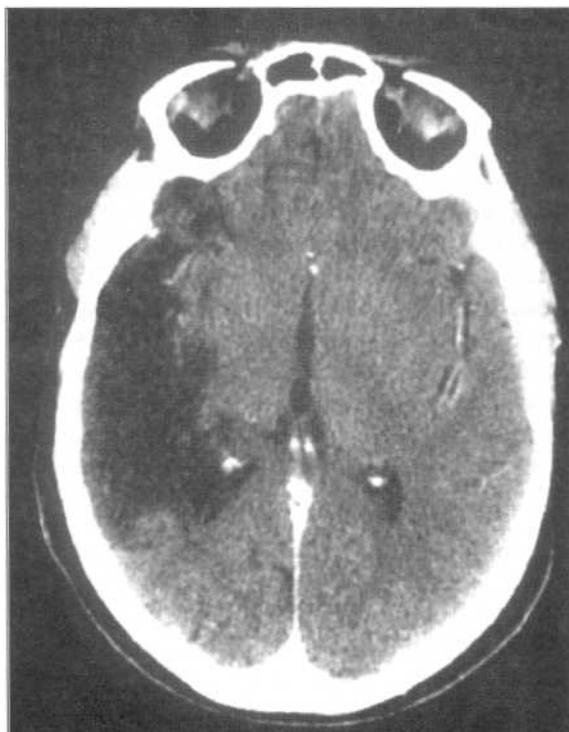
5. Quels sont les moyens de dépistage précoce de cette affection neuro-sensorielle ? (20)

- Babym trie (de VEIT) :   la maternité, stimulation sonore et recueil des réflexes archa ques4
- Etude des réponses réflexes   des stimuli calibrés (9-24 mois)4
- Impédancemétrie (tympannogramme, réflexe stapédien)4
- Potentiels évoqués auditifs (sous anesthésie générale, pour surdités de 30   60 dB seulement)4
- Oto missions acoustiques spontan es4

DOSSIER N07: Un accident vasculaire cérébral

Madame Z, 62 ans, droitère, retraitée des postes, est hospitalisée depuis 48 heures en service de neurologie pour un accident vasculaire cérébral.

1. Quel est le principal facteur de risque de cette pathologie ?
2. Quelles sont les deux premières étiologies de cette pathologie ?
3. Décrivez le scanner cérébral fourni, pratiqué au cinquième jour.
4. Quelle est la sémiologie de ce type d'accident vasculaire cérébral ?
5. La patiente présente ce tableau sémiologique complet, mais sans trouble de conscience ni de la déglutition. Par ailleurs sa tension artérielle est à 170/95 mmHg, son pouls à 80/minute, elle est apyrétique et consciente. L'examen cardiologique est normal. On perçoit un souffle carotidien bilatéral, ainsi qu'un souffle fémoral droit. L'ECG retrouve une onde T négative en D2, D3, Vf. L'échographie cardiaque retrouve une hypokinésie segmentaire inférieure, mais pas de thrombus, de valvulopathie, ni d'altération de la fonction VG. Le scanner cérébral à l'admission était normal. L'échographie Doppler des vaisseaux du cou avec Doppler transcrânien, ainsi que le reste du bilan étiologique (comportant des enzymes cardiaques) permettent de rapporter cet accident à une sténose carotidienne interne droite estimée à 85 %. Il existe par ailleurs une sténose carotidienne interne gauche estimée à 60 %. Quel traitement allez-vous appliquer à Madame Z dans les premiers jours ?
6. D'une manière générale, quelles sont les indications à l'héparinothérapie dans les accidents vasculaires cérébraux ?
7. Madame Z est candidate à un traitement complémentaire. Lequel ?
8. Quelles mesures doivent entourer ce traitement ?



Q3 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°7

1. Quel est le principal facteur de risque de cette pathologie ? (10)

- HTA.....10

2 Quelles sont les deux premières étiologies de cette pathologie? (10)

- Athérosclérose : 70 % (embolie ou thrombose)5
- Embolie d'origine cardiaque : 25 %5

3. Décrivez le scanner cérébral fourni, pratiqué au cinquième jour. (15)

- Hypodensité2
- Hémisphérique droite2
- Sylvienne totale2
- Dilatation de la corne occipitale du ventricule latéral droit2
- CEdème cérébral modéré (compression de la corne frontale du ventricule latéral droit) 2
- Conclusion : accident vasculaire sylvien total de l'hémisphère mineur 5

4. Quelle est la sémiologie de ce type d'accident vasculaire cérébral ? (15)

- Hémiplégie proportionnelle gauche.....3
- Hémianesthésie gauche2
- Hémianopsie latérale homonyme gauche.....2
- Syndrome d'Anton BabinskiNC
- Hémiasomatognosie.....3
- Anosognosie (et anosodiaphorie)3
- Négligence spatiale gauche (visuelle, motrice)2

5. La patiente présente ce tableau sémiologique complet, mais sans trouble de conscience ni de la déglutition. Par ailleurs sa tension artérielle est à 170/95 mmHg, son pouls à 80/minute, elle est apyrétique et consciente. L'examen cardiologique est normal. On perçoit un souffle carotidien bilatéral, ainsi qu'un souffle fémoral droit. L'ECG retrouve une onde T négative en D2, D3, Vf. L'échographie cardiaque retrouve une hypokinésie segmentaire inférieure, mais pas de thrombus, de valvulopathie, ni d'altération de la fonction VG. Le scanner cérébral à l'admission était normal. L'échographie Doppler des vaisseaux du cou avec Doppler transcrânien, ainsi que le reste du bilan étiologique (comportant des enzymes cardiaques) permettent de rapporter cet accident à une sténose carotidienne interne droite estimée à 85 % // existe par ailleurs une sténose carotidienne interne gauche estimée à 60 %. Quel traitement allez-vous appliquer à Madame Z dans les premiers jours? (15)

- Repos2
- Nursing (oubli = 0)3
- Kinésithérapie précoce (oubli = 0)2
- Prophylaxie thrombo-embolique à dose isocoagulante par HBPM (oubli = 0)2
- Anti-agrégants plaquettaires2
- Aspirine (hors contre-indications, sinon Ticlid'-Ticlopidine) per os : 100 à 250 mg/jour2
- Surveillance (oubli = 0)2
- Pas d'héparinothérapie à dose efficace.....NC
- Pas de traitement antihypertenseur brutal (à discuter secondairement si l'HTA se confirme)NC
- Pas de traitement anti-cedémateux cérébral car asymptotique.....NC

6. D'une manière générale, quelles sont les indications à l'héparinothérapie dans les accidents vasculaires cérébraux ? (10)

- Cardiopathie emboligène.....3
- AIT à répétition dans le même territoire (syndrome de menace)3
- Dissection artérielle (carotidienne ou vertébrale)3
- Thrombophlébite cérébrale1

7. Madame Z est candidate à un traitement complémentaire. Lequel ? (10)

- Traitement chirurgical.....2
- Endartériectomie.....2
- Carotidienne interne1
- Droite1
- Car sténose symptomatique > 70 %2
- Pas d'intervention à gauche2

8. Quelles mesures doivent entourer ce traitement ? (15)

- Pré-opératoire
 - bilan pré-opératoire complet2
 - dont coronarographie (hypokinésie segmentaire : séquelle d'infarctus) (oubli = 0)2
 - et artériographie des troncs supra-aortiques2
- Post-opératoire
 - Anti-agrégants plaquettaires per os2
 - contrôle des facteurs de risque vasculaires (oubli = 0)2
 - traitement de l'HTA si elle se confirme2
 - demande d'exonération du ticket modérateur.....1
 - surveillance (oubli = 0)2

DOSSIER N°8: **Vertiges et vomissements brutaux**

M. Z, 61 ans, est amené aux urgences de l'hôpital pour vertiges et vomissements apparus brutalement. Il est tombé sur la voie publique ce soir car tout bougeait autour de lui.

Seul antécédent notable : tuberculose pulmonaire il y a deux ans, correctement traitée pendant 9 mois par trithérapie

Examen clinique

Apyrexie, tension artérielle = 130/80 mmHg, pouls = 92/minute.

A l'interrogatoire : on note des troubles de phonation (voix bitonale), et le malade se plaint de céphalées postérieures.

L'inspection montre qu'il existe un rétrécissement de la fente palpébrale droite.

L'examen de la motricité est normal.

Les réflexes ostéotendineux sont normaux. Réflexes cutanés plantaires en flexion.

La sensibilité est pathologique avec une insensibilité à la douleur et au chaud/froid des membres gauches, ainsi que de la face à droite.

L'examen de l'oculomotricité montre un nystagmus rotatoire des deux yeux, l'oeil droit étant par ailleurs en myosis.

Il existe un syndrome cérébelleux droit à prédominance cinétique.

Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quel signe clinique manque au tableau clinique pour qu'il soit complet ?
3. L'absence de toute atteinte de la sensibilité vous ferait évoquer quel diagnostic ?
4. Quelles sont les principales complications immédiates de cette pathologie ?
5. Quelles sont les principales séquelles à long terme de cette pathologie ?
6. Le scanner cérébral montre non seulement les lésions attendues mais également un hyposignal du quadrant inférieur droit cérébelleux. Vous apprenez également que M. Z a été bousculé cette semaine par un gros chien qui l'a fait tomber en arrière. Quel est finalement le diagnostic étiologique le plus probable ?
7. Quels examens peuvent confirmer ce diagnostic ?

DOSSIER N°8

1. Quel est votre diagnostic ? (20)

- Syndrome sensitif alterne4
- De Wallenberg droit4
- Accident vasculaire du tronc cérébral4
- Par infarctus de la partie latérale rétro-olivaire droite du bulbe4
- Irriguée par l'artère de la fossette latérale du bulbe droite4

2 Quel signe clinique manque au tableau clinique pour qu'il soit complet ? (5)

- Troubles de la déglutition (paralysie de l'hémivoile du palais et de l'hémipharynx droits)5

3. L'absence de toute atteinte de la sensibilité vous ferait évoquer quel diagnostic ? (5)

- Infarctus cérébelleux droit.....5

4. Quelles sont les principales complications immédiates de cette pathologie? (15)

- Troubles de déglutition.....5
- Vomissements incoercibles5
- Entraînant une pneumopathie d'inhalation.....5
- Traitement = sonde gastrique +/- gastrostomie d'alimentationNC

5. Quelles sont les principales séquelles à long terme de cette pathologie? (15)

- Douleurs spinothalamiques et hyperpathie5
- Syndrome sensitif alterne5
- Syndrome de Claude Bernard Horner5

6. Le scanner cérébral montre non seulement les lésions attendues mais également un hyposignal du quadrant inférieur droit cérébelleux. Vous apprenez également que M. Z a été bousculé cette semaine par un gros chien qui l'a fait tomber en arrière. Quel est finalement le diagnostic étiologique le plus probable ? (20)

- Dissection artérielle vertébrale droite post traumatique15
- Responsable d'un infarctus cérébelleux inférieur droit associé (à l'infarctus rétro-olivaire)NC
- Car l'artère de la fossette latérale du bulbe peut naître de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure5

7. Quels examens peuvent confirmer ce diagnostic ? (20)

- Echographie Doppler des artères vertébrales.....5
- IRM cérébrale5
- ARM des vaisseaux cérébraux.....5
- Artériographie des troncs supra-aortiques5

DOSSIER N°9: Une femme revoit ses souvenirs de vacances

Madame P, 42 ans, consulte pour des phénomènes curieux se répétant depuis quelques semaines. Il lui est arrivé en effet pour la quatrième fois une "crise" débutant par la perception d'images élaborées (des maisons, des animaux, des souvenirs de vacances) pendant quelques secondes pendant lesquelles elle s'allonge ou s'assoit, puis suit une perte de connaissance de quelques minutes. Lorsqu'elle retrouve ses esprits, elle est au même endroit, a des céphalées intenses, quelques douleurs musculaires, et une fois elle s'était urinée dessus. Il existe par ailleurs ces derniers temps des céphalées diffuses de plus en plus fréquentes, actuellement quasi permanentes.

Elle n'a pas d'antécédent personnel ni familial particulier, elle est droitère, mère de trois enfants et porte un stérilet.

L'examen clinique retrouve : apyrexie, tension artérielle à 120/70 mmHg, pouls = 65/minute.

Aucun trouble sensitif. Légère asymétrie à la manœuvre de Barré (chute de la main droite), un signe de la main creuse à droite, une hypertonie spastique de l'hémicorps droit, des réflexes ostéotendineux normaux à gauche, vifs diffusés polycinétiques à droite et cutanés plantaires en flexion à gauche, en extension à droite. L'examen des fonctions supérieures est normal, il n'existe ni aphasia ni agnosie. L'examen des paires crâniennes ne retrouve qu'une biparésie des nerfs moteurs oculaires externes. Pas de syndrome cérébelleux ni extra-pyramidal.

L'examen des autres appareils est normal.

1. Quel est votre diagnostic ?

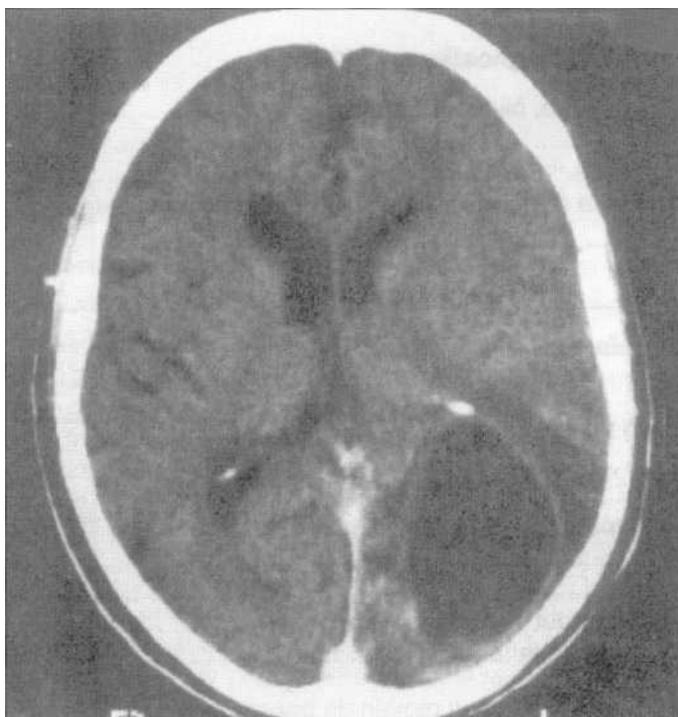
- a) pour les phénomènes paroxystiques
- b) pour l'ensemble de l'observation

2. Vous demandez un scanner cérébral avec injection de produit de contraste. Quelle est votre interprétation ?

3. Quel signe clinique auriez-vous pu retrouver à l'examen du champ visuel ?

4. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

5. Comment allez-vous préciser votre diagnostic ?



Q2 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°9

1. Quel est votre diagnostic? (20)	
• a) pour les phénomènes paroxystiques	
• Crises d'épilepsie focales secondairement généralisées, de type temporale, à départ hémisphérique gauche	10
• b) pour l'ensemble de l'observation	
• Processus expansif intra-crânien hémisphérique gauche.....	10
2 Vous demandez un scanner cérébral avec injection de produit de contraste. Quelle est votre interprétation ? (30)	
• Lésion pari éto-occipitale gauche	3
• Arrondie	3
• Hypodense, de densité liquidienne.....	3
• Dont la limite est isodense, fine, régulière, arrondie	3
• Halo périphérique hypodense parenchymateux (cedème cérébral) modéré	3
• Pas de dilatation ventriculaire	3
• Compression de la corne occipitale du ventricule latéral gauche	3
• Pas de déplacement des structures médianes	3
• Au total : tumeur kystique hémisphérique gauche (pari éto-occipitale)	6
3. Quel signe clinique auriez-vous pu retrouver à l'examen du champ visuel? (10)	
• Hémianopsie latérale homonyme droite	10
4. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (20)	
• Gliome (astrocytome, glioblastome, oligodendrogliome) kystique	8
• Lymphome cérébral primitif	2
• Métastase cérébrale (poumon, sein surtout)	8
• Abscès cérébral d'évolution lente (à germes banals, tuberculome, cysticerose...)	2
5. Comment allez-vous préciser votre diagnostic ? (20)	
• IRMN cérébrale	2
• Artériographie cérébrale à discuter	2
• Sérologie VIH.....	2
• NFS VS	2
• Radiographie de thorax face/profil	2
• Mammographie bilatérale	2
• Echographie hépatique	2
• Coloscopie totale à discuter (surtout si facteurs de risques)	2
• Biopsie cérébrale stéréotaxique de la tumeur	4

NB : La biopsie est évidemment un très bon moyen de parvenir au diagnostic, mais invasif. Le moment de sa réalisation par rapport aux autres examens dépend donc de l'ensemble de l'observation.

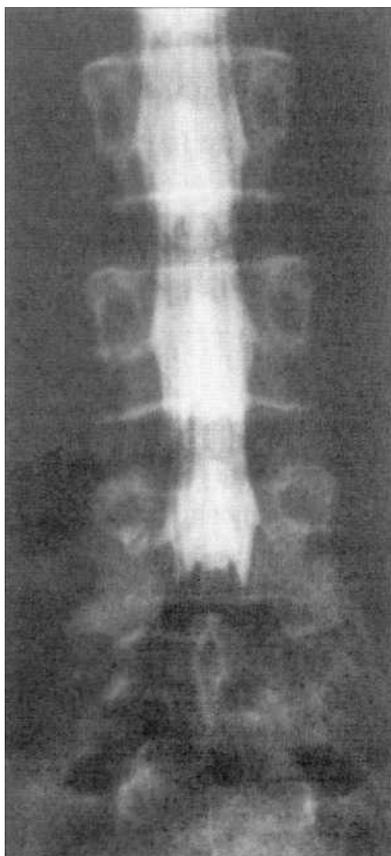
DOSSIER N°10: Une paraparésie flasque après un faux mouvement

M. T, 34 ans, 92 kilos pour 1 m71, consulte en urgence pour des douleurs lombaires basses associées à une paraparésie flasque avec impression de marche sur du coton et à une anesthésie des faces internes des cuisses et du périnée retrouvée à l'examen clinique.

Les membres inférieurs ont des réflexes ostéotendineux abolis et sont flasques avec un franc déficit moteur coté à 3+ de manière bilatérale. L'examen rachidien est normal en dehors d'une raideur lombaire. Il existe un signe de Lasègue à 30° à droite et à 45° à gauche. La symptomatologie a débuté il y a cinq jours dans un effort de soulèvement au décours duquel le malade a senti un craquement lombaire bas, très vite suivi d'une douleur partant de la région lombaire basse paravertébrale gauche, irradiant à gauche dans la fesse, puis dans la face postérieure de la cuisse, puis dans la face antérieure de la jambe et terminant dans le pied. Il n'a pas consulté pensant avoir simplement fait un faux mouvement, et s'est reposé chez lui. La douleur s'est atténuée au fur à mesure, mais s'est bilatéralisée, et le tableau actuel s'est progressivement installé.

On retient de ses antécédents un passé cardiologique avec un syndrome de Wolff-Parkinson-White ayant nécessité la pose d'un stimulateur cardiaque implantable il y a trois ans.

1. Quels éléments capitaux de l'examen clinique manquent à cette observation ?
2. Quel est le diagnostic clinique le plus probable, si le reste de l'examen clinique est normal ? (topographie, étiologie)
3. Comment ferez-vous cliniquement la distinction avec un syndrome du cône terminal ?
4. Quels sont, d'habitude, les premiers examens complémentaires demandés devant cette pathologie ?
5. Une sacroradiculographie est prescrite. Discutez cette indication.
6. Quelle est votre interprétation ?
7. Quel est votre traitement ?



06 : Sacroradiculographie



DOSSIER N°10

1. Quels éléments capitaux de l'examen clinique manquent à cette observation ? (15)
- Prise de médicaments (anticoagulants en particulier)2
 - Température3
 - Globe vésical.....2
 - Toucher rectal (tonus)2
 - Réflexe anal aboli (S3)2
 - Signe de Babinski absent2
 - Réflexes cutanés abdominaux conservés.....2
- 2 Quel est le diagnostic clinique le plus probable si le reste de l'examen clinique est normal ? (topographie, étiologie) (15)
- Syndrome de la queue de cheval10
 - Par hernie discale médiane5
3. Comment ferez-vous cliniquement la distinction avec un syndrome du cône terminal ? (15)
- Dans le cône terminal
 - Atteinte du psoas iliaque (L1)5
 - Troubles sensitifs du pli inguinal (L1)5
 - Signe de Babinski5
4. Quels sont, d'habitude, les premiers examens complémentaires demandés devant cette pathologie ? (15)
- IRM avec coupes en T1, T2, T1 gadolinium, sagittales, frontales5
 - Radiographies standard du rachis lombaire et de la charnière lombosacrée..... 5
 - VS.....5
 - Electromyogramme des membres inférieurs : retardent le traitement NC
 - Potentiels évoqués somesthésiques des membres inférieurs : retardent le traitement NC
 - Myélographie/Saccoradiculographie : si IRM impossibleNC
 - Myéloscanner (si myélographie réalisée)NC
 - Ponction lombaire (classique dissociation albumino-cytologique) : inutile et peut aggraver la compression..NC
5. Une saccoradiculographie est prescrite. Discutez cette indication (10)
- Ici, l'IRM est contre-indiquée par le stimulateur cardiaque implantable (pacemaker)4
 - Utile également si IRM indisponible NC
 - Examen de deuxième intention dans les autres cas4
 - Doit être pratiquée en neuro-chirurgie car peut aggraver la compression si ponction lombaire (préférer la voie latéro-cervicale ou sous occipitale)2
6. Quelle est votre interprétation ? (15)
- Arrêt du produit de contraste3
 - Extradural (net, en bec de flûte)3
 - Au niveau du disque L4-L5.....3
 - Hernie discale exclue.....3
 - L4-L53

7. Quel est votre traitement ? (15)

• Hospitalisation en neuro-chirurgie	2
• Pour chirurgie d'urgence	2
• Laminectomie de décompression.....	3
• Permet le traitement radical de la hernie discale exclue.....	2
• Kinésithérapie et rééducation musculaire et sphinctérienne post-opératoires	2
• Education du patient : mesures d'économie rachidienne	2
• Diminution des facteurs de risque : retour à un poids normal	2
• Surveillance postopératoire.....	NC

DOSSIER N°11 : Une gêne à la marche

M. B, 34 ans, consulte en neurologie pour un ensemble de troubles installé progressivement depuis 3 mois. Il se plaint d'une gêne à la marche, il est en effet obligé de regarder ses jambes fonctionner car il sent très mal le sol et à l'impression de marcher sur des matelas en permanence. A l'inspection, vous notez qu'il lève les genoux très haut pour passer le pas. Par ailleurs, il a des sensations étranges de serrement des jambes, comme dans un étau, même lorsqu'il se repose allongé, et il a souvent l'impression de sentir des fils de toiles d'araignée sur sa peau. L'examen objective une perte de l'arthrocinésie des quatre membres, prédominante aux membres inférieurs. M. B est instable debout, et à l'occlusion des yeux, il oscille dans tous les sens et chute si on ne le rattrape pas. Enfin, la flexion de la nuque entraîne une sensation de décharge électrique de haut en bas dans le rachis et les membres.

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation clinique.
2. Quel est le diagnostic syndromique que vous pouvez porter ?
3. L'association de ce syndrome à une anémie macrocytaire vous évoquerait quel diagnostic ? Comment le confirmeriez-vous ?
4. La notion d'antécédent de baisse transitoire et quasi complète de l'acuité visuelle de l'oeil droit cinq ans auparavant vous évoquerait quel diagnostic ? Comment le confirmeriez-vous ?
5. La notion d'une séropositivité pour le VIH, associée à des épisodes douloureux fulgurants (en coups d'épingles parfaitement localisés aux membres inférieurs), ainsi qu' à une aréflexie tendineuse achilléenne et rotulienne bilatérale vous évoquerait quel diagnostic ? Comment le confirmeriez-vous ?
6. En supposant que toutes les notions évoquées aux questions 3, 4 et 5 manquent, quel(s) autre(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer ?

DOSSIER N°11

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation clinique. (20)

- Pathologie chronique2
- D'évolution progressive2
- Atteinte bilatérale grossièrement symétrique2
- Paresthésies riches (marche sur des matelas, enserrement, toiles d'araignée)3
- Ataxie des membres inférieurs (lève trop haut les genoux, élargissement du polygone de sustentation) 3
- Signe de Romberg (ataxie des membres inférieurs)2
- Perte du sens de position (arthrocinésie) des quatre membres.....3
- Signe de Lhermitte.....3

2 Quel est le diagnostic syndromique que vous pouvez porter ? (10)

- Syndrome cordonnal postérieur.....10

3. L'association de ce syndrome à une anémie macrocytaire vous évoquerait quel diagnostic ? Comment le confirmeriez-vous ? (20)

- Sclérose combinée de la moelle5
- Dans le cadre d'une maladie de Biermer5
- Test de Schilling (malabsorption de B12 corrigée par l'adjonction de facteur intrinsèque)10
- Dosage de la vitamine B12 (et des folates) sérique et érythrocytaireNC
- Auto-anticorps (anti-cellules pariétales gastriques, anti-facteur intrinsèque)NC

4. La notion d'antécédent de baisse transitoire et quasi complète de l'acuité visuelle de l'œil droit cinq ans auparavant vous évoquerait quel diagnostic ? Comment le confirmeriez-vous ? (20)

- Névrite optique rétrobulbaire droite2
- Dans le cadre d'une sclérose en plaques9
- IRM cérébrale (plaques jeunes : hypersignal en T2)3
- Ponction lombaire (hypergammaglobulinorachie à plus de 15 % de la protéinorachie qui est soit modérément augmentée soit normale, l'augmentation des immuno-globulines du LCR étant de distribution oligoclonale, hyperlymphocytorachie modérée)3
- Potentiels évoqués visuels, auditifs, somesthésiques3

5. La notion d'une séropositivité pour le VIH, associée à des épisodes douloureux fulgurants (en coups d'épingles parfaitement localisés aux membres inférieurs), ainsi qu'à une aréflexie tendineuse achilléenne et rotulienne bilatérale vous évoquerait quel diagnostic ? Comment le confirmeriez-vous ? (20)

- Tabès syphilitique10
- Ponction lombaire (hyperprotéinorachie, hyperlymphocytorachie, TPHA, VDRL et test de Nelson)5
- Sérologies sanguines (TPHA, VDRL, test de Nelson)5

6. En supposant que toutes les notions évoquées aux questions 3, 4 et 5 manquent, quel(s) autre(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer? (10)

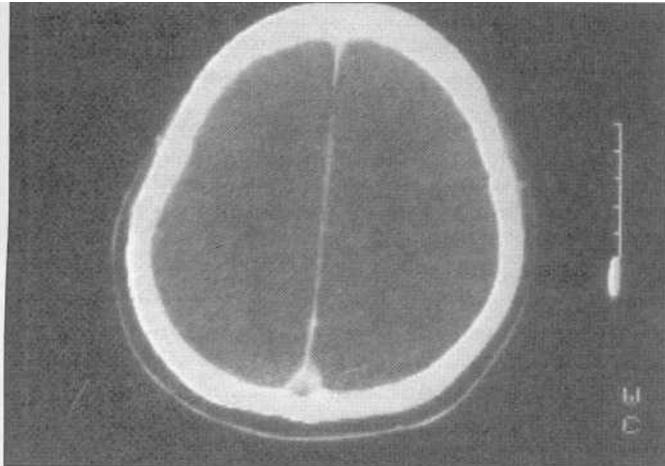
- Compression médullaire postérieure à point de départ extra-médullaire5
- Sd paranéoplasique responsable d'une neuropathie sensitive (ex : Dennie Brown dans le cancer pulmonaire à petites cellules)5

DOSSIER N°12 : Crise d'épilepsie du post-partum

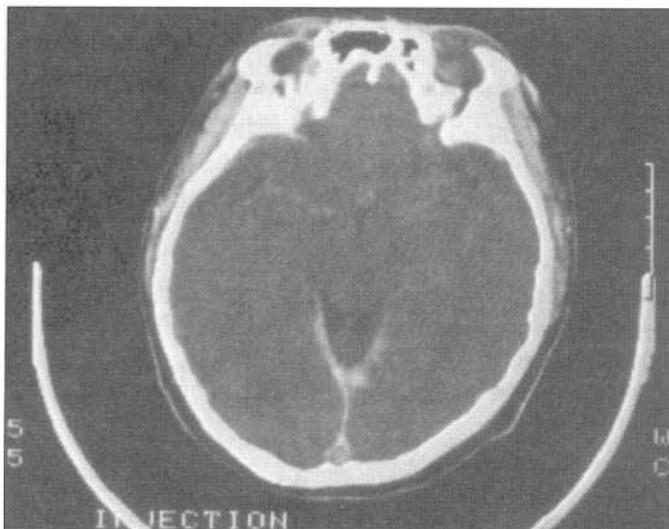
Madame T, 25 ans, est hospitalisée en suites de couches au troisième jour post partum. L'accouchement s'est déroulé par voie basse à terme sans problème particulier, fille de 3500 grammes bien portante. Elle souhaite allaiter.

Elle se plaignait depuis 24 heures de céphalées diffuses et d'acouphènes. Ce matin, au réveil, survient une crise d'épilepsie généralisée durant trois minutes. L'examen neurologique est sans particularité en dehors d'un syndrome confusionnel. La température est de 37,4°C, la tension artérielle à 140/80 mmHg, le pouls à 75/minute. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quelles sont les principales causes de crise comitiale du post partum ?
2. Quels sont les premiers examens complémentaires que vous demandez ?
3. A peine quelques minutes après votre arrivée, la patiente est prise d'une nouvelle crise comitiale généralisée. Quelle doit être votre attitude pendant la crise ? (en dehors du traitement médicamenteux).
4. La crise cède spontanément en deux à trois minutes. Au réveil, il semble exister une hémiparésie droite. Instaurez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?
5. Le scanner cérébral est fourni à votre interprétation. Quel est votre diagnostic ?
6. Quel est votre traitement ?



Q5 : TDM cérébral sans injection



Q5 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°12

1. Quelles sont les principales causes de crise comitiale du post parfum? (20)

- Crise convulsive isolée ou épilepsie essentielle déséquilibrée6
- Eclampsie2
- Hypoglycémie2
- Cause médicamenteuse (anesthésiques utilisés pour le travail...)2
- Rupture d'anévrisme artériel cérébral ou de malformation artério-veineuse2
- Méningite (complication de l'anesthésie péridurale)2
- Thrombophlébite cérébrale.....2
- Lupus érythémateux aigu disséminé en poussée.....2

2. Quels sont les premiers examens complémentaires que vous demandez? (10)

- Glycémie au doigt puis veineuse1
- Bilan biologique standard (dont natrémie, calcémie)NC
- Uricémie1
- Urémie, créatininémie.....1
- Bandelette urinaire (puis ECBU)1
- Bilan hépatique (ASAT ALAT GGT PAL bilirubine)1
- NFSNC
- Ddimères, produits de dégradation de la fibrineNC
- CRP.....NC
- Scanner cérébral sans injection de produit de contraste.....5
- EEG à discuter.....NC
- Ponction lombaire au moindre doute si scanner normalNC

3. A peine quelques minutes après votre arrivée, la patiente est prise d'une nouvelle crise comitiale généralisée. Quelle doit être votre attitude pendant la crise ? (en dehors du traitement médicamenteux). (10)

- Mise en position latérale de sécurité2
- Protection contre les traumatismes2
- Protection du bébé2
- Pose d'une canule de GuédelNC
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures2
- Surveillance constante (oubli = 0)2

4. La crise cède spontanément en deux à trois minutes. Au réveil, il semble exister une hémiparésie droite. Instaurez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ? (15)

- OUI.....5
- Pose d'une voie d'abord veineuse2
- Benzodiazépine : Rivotril/Clonazépam2
- 1 ampoule (1 mg) en IVL à répéter 4 à 6 fois par 24 heures à la seringue électrique2
- Lutte contre l'œdème cérébral (oxygénothérapie nasale et position demi-assise)2
- Surveillance constante (oubli = 0)2
- Dont fonction respiratoire (dépression parfois profonde) : intubation et ventilation assistée si nécessaire NC

5. Le scanner cérébral est **fourni à** votre interprétation. Quel est votre diagnostic ? (15)

- Signe du triangle vide ou du delta (hypodensité intraluminale à la coupe transversale du sinus longitudinal supérieur)5
- Traduisant la présence d'un thrombus du sinus longitudinal supérieur qui empêche le remplissage homogène.....NC
- Pas d'autre anomalie visible.....NC
- Quasi pathognomonique de thrombophlébite cérébrale (car présence sur plusieurs coupes)10

NB : L'examen de référence est l'angiographie cérébrale aux temps tardifs ; l'IRM donne des renseignements intéressants.

6. Quel est votre traitement ? (30)

- Anticoagulation efficace (à dose hypocoagulante)4
- héparine2
- intraveineuse à la seringue électrique2
- 400-500 unités/kilo/jour2
- contrôle TCK à la quatrième heure (doit être entre 2 et 3)2
- Lutte contre l'œdème cérébral.....4
- position demi assise, oxygénothérapie nasale2
- restriction hydrique modérée.....2
- discuter la diurèse osmotique (glycérol per os et/ou mannitol intraveineux) ou les corticoïdes IV2
- Traitement anticomitial à poursuivre2
- ex : Rivotril"/Clonazépam : relais per os si les crises s'espacentNC
- Arrêt de l'allaitement (les AVK passent dans le lait maternel) : Parlodel*/Bromocriptine (oubli = 0)2
- Kinésithérapie (hémiparésie droite)2
- Nursing.....2
- Surveillance (oubli = 0)NC

DOSSIER N°13: Douleur thoracique depuis sept heures chez une femme de 48 ans

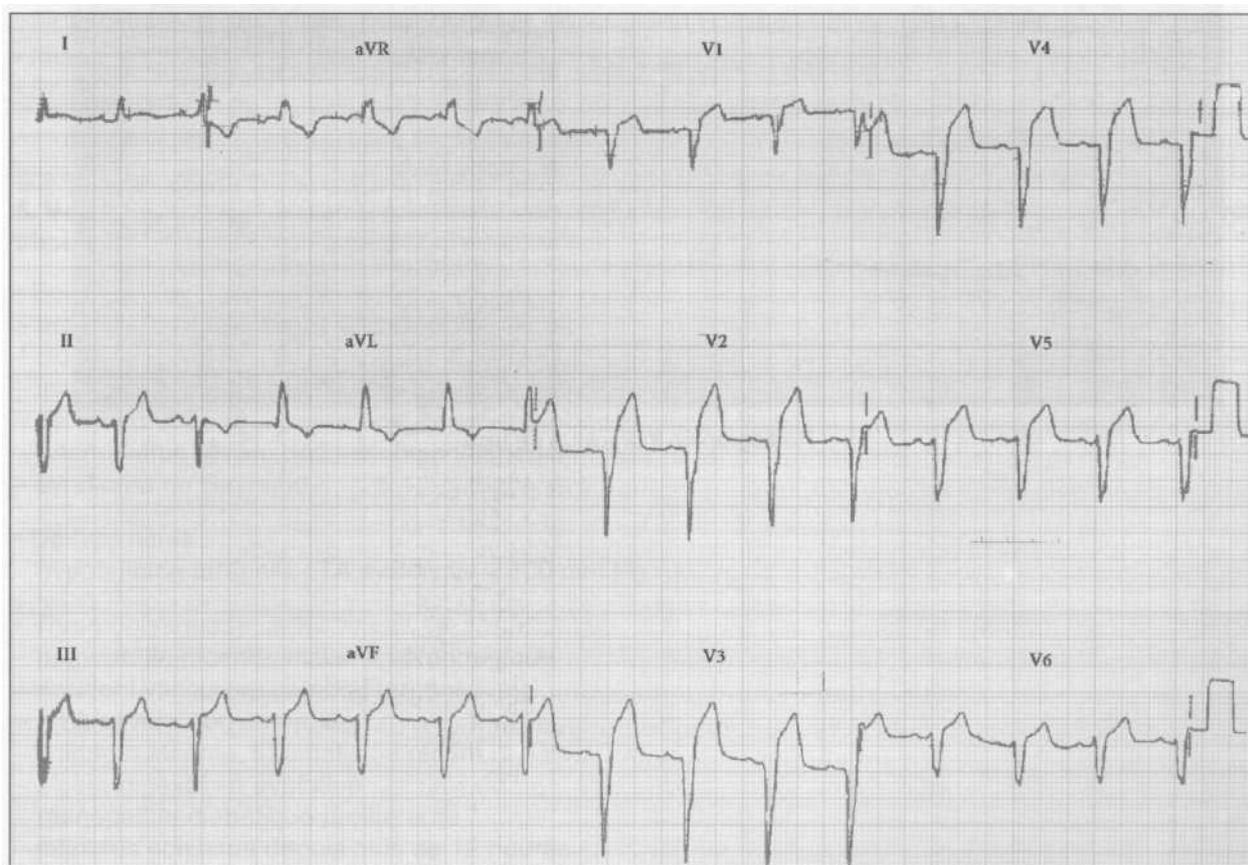
Madame L., 48 ans, est hospitalisée pour syndrome douloureux thoracique aigu. Depuis 7 heures, elle ressent une douleur médiosternale en barre, rétrosternale, intense, angoissante.

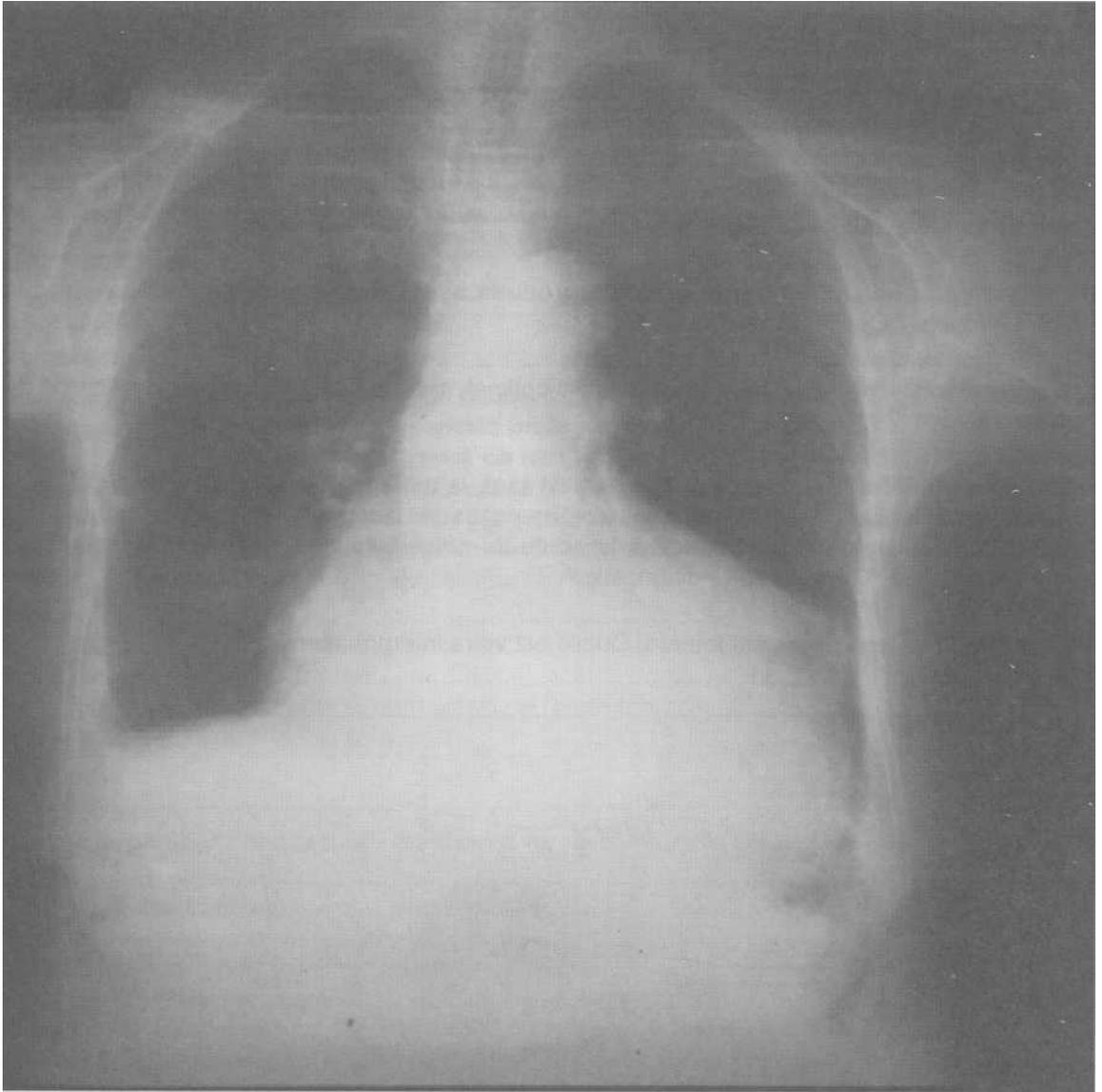
A l'examen clinique : patiente obèse (1 m 60, 72 kilos), tension artérielle = 120/70 mm Hg, pouls = 100/minute régulier, température = 37,1 °C. Auscultation cardiopulmonaire normale, examen vasculaire normal.

Antécédents

Aucun antécédent pathologique relevé, en dehors d'un tabagisme à 30 paquets-année.

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
2. Quels sont les trois premiers examens complémentaires que vous demandez ?
3. Qu'attendez-vous d'une échographie cardiaque dans ce cas ?
4. Comment interprétez-vous cet ECG ?
5. Votre traitement médical comporte certains produits ayant des contre indications à rechercher absolument. Lesquels ? Quelles contre indications ?
6. A supposer que vous utilisiez un traitement médical optimal, quels en sont les critères d'efficacité dans les deux premières heures ?
7. Votre traitement a été efficace, mais trois ans plus tard, la malade est réhospitalisée pour hémiparésie gauche brutale avec confusion. A l'examen, le choc de pointe est anormal, avec une sensation de double battement. L'ECG est inchangé par rapport à la sortie de convalescence avec une persistance du sus-décalage du segment ST. Quel est votre diagnostic ?
8. La radiographie thoracique vous est fournie. Quelle est votre interprétation ?





Radiographie thoracique de face

DOSSIER N°13

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (7)

- Infarctus myocardique aigu.....7

2 Quels sont les trois premiers examens complémentaires que vous demandez ? (15)

- ECG5
- RP.....5
- Dosage des enzymes cardiaques (Myoglobine, CPK totales, si élevées : dosage fraction MB ou troponine Ic).....5

3. Qu'attendez-vous d'une échographie cardiaque dans ce cas ? (12)

- Hypocinésie segmentaire3
- L'autre paroi est hyperkinétique3
- Absence d'épanchement péricardique3
- Fonction VG.....3

4. Comment interprétez-vous cet ECG ? (14)

- Rythme sinusal à 100/minute1
- Hémibloc antérieur gauche1
- Sus-décalage du segment ST (onde de Pardee)1
 - lésion sous épocardique2
 - en V1, V2, V3, V4, V5, V6.....1
 - onde Q en V1, V2, V3, V4.....1
 - aspect rS en V5-V6.....1
- Infarctus du myocarde antérieur étendu4
- En cours de constitution2

5. Votre traitement médical comporte certains produits ayant des contre indications à rechercher absolument. Lesquels ? Quelles contre indications ? (27)

- Bêtabloquants:2
 - bradycardie < 50/minuteNC
 - bloc auriculoventriculaire du 2°ou du 3°degré non appareillés.....NC
 - insuffisance cardiaque.....NC
 - asthme (oubli = 0)2
 - artériopathie sévère des membres inférieurs1
 - syndrome de RaynaudNC
- Dérivés nitrés:NC
 - hypotension artérielle: TA systolique < 100 mm Hg.....NC
- Thrombolytiques :2
 - hémorragie récente, maladie hémorragique.....1
 - accident vasculaire cérébral (antécédent)1
 - HTA sévère non contrôlée.....NC
 - chirurgie récente, traumatisme récent1
 - ulcère digestif en évolution1
 - rétinopathie diabétique proliférante1
 - infarctus constitué depuis plus de 12 heures.....NC

- tumeur maligne	NC
- insuffisance hépatocellulaire sévère	1
- endocardite	2
- péricardite	2
- dissection aortique	2
- grossesse	NC
• Aspirine (certaines contre-indications communes aux thrombolytiques sont déjà citées) :	2
- allergie	2
• Héparine (certaines contre-indications communes aux thrombolytiques sont déjà citées) :	2
-antécédent de thrombopénie induite par l'héparine.....	2

6. A supposer que vous utilisiez un traitement médical optimal, quels en sont les critères d'efficacité dans les deux premières heures? (10)

• Sédation de la douleur pendant la perfusion (90 minutes)	3
• Diminution du sus décalage de ST de plus de 50 % pendant la perfusion	2
• Rythme idioventriculaire accéléré (ou bradycardie < 55/mn si infarctus inférieur) pendant la perfusion	2
• Pic enzymatique de CPK précoce, avant la douzième heure.....	NC
• Syndrome de reperfusion : reprise des douleurs, réapparition provisoire du sus décalage de ST, avec troubles du rythme « de reperfusion » (ex.: RIVA)	3

NB : Il s'agit d'un traitement thrombolytique.

7. Votre traitement a été efficace, mais trois ans plus tard, la malade est réhospitalisée pour hémiparésie gauche brutale avec confusion. A l'examen, le choc de pointe est anormal, avec une sensation de double battement. L'ECG est inchangé par rapport à la sortie de convalescence avec une persistance du sus décalage du segment ST. Quel est votre diagnostic ? (6)

• Accident vasculaire cérébral	1
• Hémisphérique droit.....	1
• Par embolie d'origine cardiaque.....	2
• Sur anévrisme du VG post infarctus	2

8. La radiographie thoracique vous est fournie. Quelle est votre interprétation ? (9)

• Cardiomégalie développée aux dépens du VG (aspect globuleux)	3
• Ectasie pariétale VG (anévrisme du VG).....	3
• Épanchement pleural droit	3

DOSSIER N°14: Un alcoolique confus

M. V, 57 ans, alcoolique chronique invétéré bien connu du service d'urgences de votre hôpital, est admis ce soir pour syndrome confusionnel. Il a été retrouvé dans la rue, débraillé, une bouteille pleine de vin rouge dans une main, une vide dans l'autre, hurlant des propos incohérents, il avait une démarche zigzagante et instable au point de tomber tous les deux ou trois pas.

1. Quelles sont les principales causes à évoquer devant une confusion chez un alcoolique chronique ?
2. L'examen clinique confirme l'état confusionnel, retrouve une probable paralysie bilatérale du nerf moteur oculaire externe, avec un nystagmus d'origine centrale, un syndrome cérébelleux statique et cinétique, ainsi qu'une hypertonie des quatre membres augmentant lorsqu'on essaie de la vaincre, et disparaissant au repos. Il existe une abolition bilatérale des réflexes achilléens, et une maigreur frappante. Le reste de l'examen neurologique et général est normal, en particulier pas de signes d'insuffisance hépato-cellulaire. Tous les examens biologiques que vous avez prescrits en urgence sont normaux. L'alcoolémie est à 1,1 g/litre. Le scanner cérébral sans injection est normal.
Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
3. Il existe des examens biologiques pouvant apporter des arguments en faveur de ce diagnostic. Lesquels ? Qu'en attendriez-vous ? (valeur élevée, basse, normale)
4. Quel traitement d'urgence mettez-vous en route ?
5. Votre patient évolue favorablement sous traitement, avec à 48 heures, une disparition du syndrome confuso-onirique, une franche régression du syndrome cérébelleux et des signes oculomoteurs. Il persiste une désorientation temporo-spatiale. Au bout d'une semaine, seule persiste l'abolition des achilléens à l'examen physique, mais lorsque vous entrez dans la chambre ; M. V d'abord intrigué par votre présence vous prend manifestement pour un ancien collègue de travail et vous explique le programme de la journée. Vous sortez de la chambre, et en y retournant 10 minutes plus tard, la même scène se reproduit. Quel est votre diagnostic ?
6. A quelle lésion anatomique correspond cette pathologie ?
7. Quelle mesure médico-légale allez-vous appliquer à M. V ?

DOSSIER N°14

1. Quelles sont les principales causes à évoquer devant une confusion chez un alcoolique chronique ? (26)

• Ivresse aiguë (oubli = 0)	2
• Hypoglycémie (oubli = 0)	2
• Délirium tremens (oubli = 0)	2
• Iatrogène (intoxication médicamenteuse)	2
• Hématome sous dural (oubli = 0)	2
• Hémorragie méningée.....	2
• Hématome extradural.....	2
• Epilepsie : crise temporale partielle complexe	2
• Epilepsie : confusion post critique.....	2
• Déséquilibre hydroélectrolytique (ex : hyponatrémie avec hyperhydratation intra-cellulaire)	2
• Méningite	2
• Encéphalopathie de Gayet Wernicke	2
• Encéphalopathie hépatique.....	2
• Encéphalopathie de Marchiafava Bignami (nécrose du corps calleux)	NC
• Porphyrie aiguë intermittente (crise déclenchée par l'alcool)	NC
• Pancréatite aiguë.....	NC

2 L'examen clinique confirme l'état confusionnel, retrouve une probable paralysie bilatérale du nerf moteur oculaire externe, avec un nystagmus d'origine centrale, un syndrome cérébelleux statique et cinétique, ainsi qu'une hypertonie des quatre membres augmentant lorsqu'on essaie de la vaincre, et disparaissant au repos. 11 existe une abolition bilatérale des réflexes achilléens, et une maigreur frappante. Le reste de l'examen neurologique et général est normal, en particulier pas de signes d'insuffisance hépato-cellulaire. Tous les examens biologiques que vous avez prescrits en urgence sont normaux. L'alcoolémie est à 1,1 g/l. Le scanner cérébral sans injection est normal.

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique? (10)

• Encéphalopathie de Gayet Wernicke	10
---	----

3. Il existe des examens biologiques pouvant apporter des arguments en faveur de ce diagnostic. Lesquels ? Qu'en attendriez-vous ? (valeur élevée, basse, normale) (15)

• Pyruvicémie :	3
- élevée	2
• Activité transcétolase des hématies :	3
- abaissée	2
• Dosage sanguin de vitamine B1 :	3
- abaissée	2

4. Quel traitement d'urgence mettez-vous en route? (14)

• Vitamine B1 (oubli = 0)	2
• Injection intramusculaire (0,5 à 1 gramme/jour)	2
• Polyvitaminothérapie B (surtout B6 et PP)	2
• Réhydratation (oubli = 0)	2
• Parentérale (intraveineuse)	2
• 4 à 6 litres par 24 heures	2
• G5 % avec 3 g/l de NaCl, 1 g/l de KCl	NC

- Si glucosé sans B1 : 0 au dossier
- Surveillance (oubli = 0)2

5. Votre patient évolue favorablement sous traitement, avec à 48 heures, une disparition du syndrome confuso-onirique, une franche régression du syndrome cérébelleux et des signes oculomoteurs. Il persiste une désorientation temporo-spatiale. Au bout d'une semaine, seule persiste l'abolition des achilléens à l'examen physique, mais lorsque vous entrez dans la chambre ; M. V d'abord intrigué par votre présence vous prend manifestement pour un ancien collègue de travail et vous explique le programme de la journée. Vous sortez de la chambre, et en y retournant 10 minutes plus tard, la même scène se reproduit. Quel est votre diagnostic ? (15)

- Sd de Korsakoff..... (15)

6. A quelle lésion anatomique correspond cette pathologie? (10)

- Lésion bilatérale5
- Du circuit de Papez.....5
- Egalement accepté : Hippocampomamillothalamique.....NC

7. Quelle mesure médico-légale allez-vous appliquer à M. V ? (10)

- Tutelle10

DOSSIER N° 15: Ralentissement psychomoteur chez un patient infecté par le VIH

M. T, 36 ans, est infecté par le VIH depuis 9 ans (contamination homosexuelle), il consulte ce jour amené par son compagnon pour ralentissement psychomoteur et asthénie.

Antécédents

Pneumocystose inaugurale il y a 9 ans, sans rechute. Dermite séborrhéique actuellement peu gênante. Molluscum contagiosum traités par cryothérapie. Sarcome de Kaposi cutané (dos, membres inférieurs, verge) et muqueux (palais).

Traitements

AZT/Rétrovir* 500 mg/jour depuis 9 ans. DDI/Videx* 400 mg/jour depuis un an. Bactrim forte* 1 cp/jour depuis 9 ans. Ansapipine*/Rifabutine 2 cp/jour depuis un an. Chimiothérapie locale (Velbé*) pour les lésions de Kaposi.

Dernier bilan biologique il y a un mois

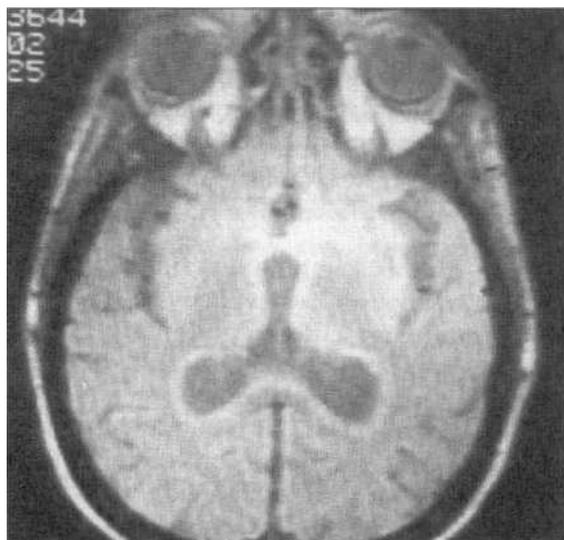
Lymphocytes CD4+ : 15/mm³ (3 %). Ag P24 positif. Charge virale (ARNplasmatisque) : 100 000 copies/ml. Ac anti P24 négatifs. NFS : 1 800 gB/mm³ (L : 27 %, PNN : 65 %, M : 5 %), Hb : 8,7 g/dl, VGM : 110fl, Ht 31 %, plaq : 140 000/mm³.

Bilan hépatique, fonction rénale, glycémie : normaux

Examen clinique

Tension artérielle : 130/70 mmHg, pouls = 82/minute, température = 38,1°C, poids = 58 kilos, taille = 1 m 71. Pas d'adénopathie. Ralentissement psychomoteur avec baisse de vigilance, désorientation temporo-spatiale, amnésie antérograde, quelques céphalées, impression de flou visuel depuis une semaine rendant la lecture du journal impossible, réflexes ostéotendineux bilatéraux symétriques (mais abolition des réflexes achilléens), réflexes cutanés plantaires en flexion bilatérale, sensibilité nulle au niveau de la face interne des cuisses et du périnée (il existe par ailleurs une dysurie et il ne sent pas les urines passer), déficit moteur des membres inférieurs prédominant en distalité n'empêchant pas la marche. Le reste de l'examen clinique normal en dehors des lésions cutanées connues antérieurement.

1. Quelle est la principale hypothèse diagnostique ?
2. Quels examens complémentaires demandez-vous en premier ?
3. La ponction lombaire retrouve : hypercytose à 150/mm³ (30 % de lymphocytes, 70 % de polynucléaires), glycorachie : 0,35 g/l (glycémie = 0,8 g/l), protéinorachie : 2,4 g/l. L'IRM pondérée en T2 est fournie à votre interprétation (la moelle est normale en IRM). Quel est le diagnostic le plus probable ? Arguments.
4. Que vous apporterait l'examen du fond d'oeil ?
5. Quels sont les deux principaux médicaments utilisés pour le traitement de cette affection et leur principale toxicité ?



Q3 : IRM pondérée en T2

DOSSIER N°15

1. Quelle est la principale hypothèse diagnostique ? (20)

- Méningoencéphaloradiculite à CMV avec rétinite.....20

2 Quels examens complémentaires demandez-vous en premier ? (20)

- Scanner cérébral sans et avec injection de produit de contraste8
- Ponction lombaire après scanner pour étude biochimique, cytologique, bactériologique, virologique 8
- NFS.....1
- CRP1
- Ionogramme urée créatinine sanguin et urinaire.....1
- Bilan hépatique et glycémie1
- Examens aberrants : 0

3. La ponction lombaire retrouve: hypercytose à 150/mm³ (30 % de lymphocytes, 70 % de polynucléaires), glycorachie : 0,35 gA (glycémie = 0,8 O), protéinorachie : 2,4 gil. L'IRM pondérée en T2 est fournie à votre interprétation (la moelle est normale en IRM). Quel est le diagnostic le plus probable ? Arguments. (20)

- Méningo encéphalo radiculite à CMV avec rétinite4
- LCR:
 - hyperprotéinorachie2
 - hyperpolynucléose relative4
 - hypoglycorachie2
- IRM
 - hypersignal homogène, régulier.....4
 - surlignant les contours ventriculaires.....4

4. Que vous apporterait l'examen du fond d'œil ? (20)

- Rétinite active à CMV : appuie fortement le diagnostic neurologique10
- Exsudat floconneux5
- Associé à des plages de nécrose hémorragique périvasculaire.....5

5. Quels sont les deux principaux médicaments utilisés pour le traitement de cette affection et leur principale toxicité? (20)

- Ganciclovir ou DHPG/Cymevan"5
 - hématologique : neutropénie «1000/mm³: 40 %), thrombopénie (< 50000/mm³ : 20 %), anémie 5
- Foscarnet/Foscavir*5
 - néphrotoxicité (30 %)5

NB : Hypocalcémie (30 %) du foscar net également à connaître.

DOSSIER N°16

1. Quel est le diagnostic topographique de la lésion présentée par Mlle C.? (15)
- Sylvien total gauche15
2. Quelles sont les principales causes d'hémiplégie brutale non traumatique? (15)
- Hypoglycémie5
 - AVC (et AIT)5
 - Tumeur cérébrale5
 - Migraine compliquée.....NC
 - SEP en pousséeNC
 - Epilepsie.....NC
3. Le scanner cérébral sans injection que vous avez demandé en urgence est fourni à votre interprétation. Quel est votre diagnostic ? (15)
- Scanner cérébral normal5
 - AVC5
 - SylvienNC
 - TotalNC
 - Ischémique5
4. A cet âge, quelles sont les principales causes à évoquer devant cette pathologie ? (20)
- Cardiopathie emboligène (oubli = 0)4
 - Vascularites4
 - Sd des anticorps antiphospholipides4
 - Dissection artérielle (carotidienne)4
 - Pathologie thrombogène (déficit en ATIII, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée)4
 - Triple association pilule cestroprogestative-tabac-migraine.....NC
 - Athérosclérose précoce (hypercholestérolémie sévère...)NC
5. Devant cette observation, vous pouvez évoquer en particulier certaines étiologies relativement rares. Lesquelles? (15)
- Thrombopénie induite par l'héparine (oubli = 0)5
 - Foramen ovale perméable responsable d' AVC5
 - Anévrysme du septum interauriculaire5
6. Les examens suivants ont été prescrits par l'interne des urgences: nfs plaquettes, tp tek, iono gly urée créat, cholestérol, triglycérides, uricémie, vs, tpha vdrL, sérologie vih, ECG, RP, Echocardiographie transthoracique, Echodoppler des vaisseaux du cou et doppler transcrânien. Tous ces examens sont normaux. Quel diagnostic principal reprenez-vous? Pourquoi ? Comment le confirmez-vous ? (20)
- Foramen ovale perméable.....5
 - AVC du sujet jeune3

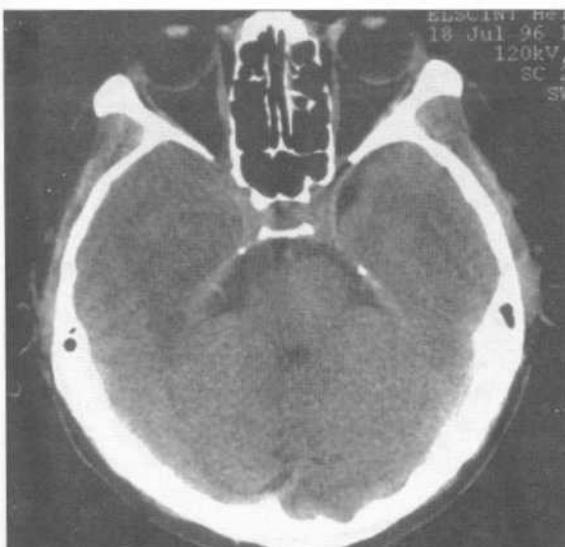
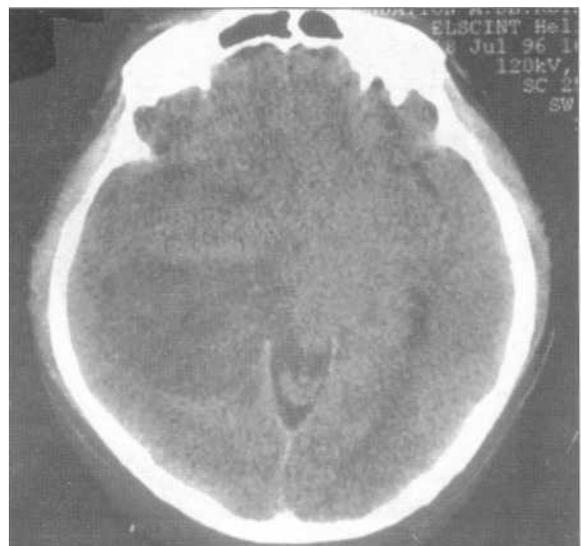
- Paradoxal (contemporain d'une phlébite surale)3
- Survenue à la défécation (hyperpression veineuse)3

- Echocardiographie transcesophagienne3
- Echocardiographie avec épreuve de contraste3

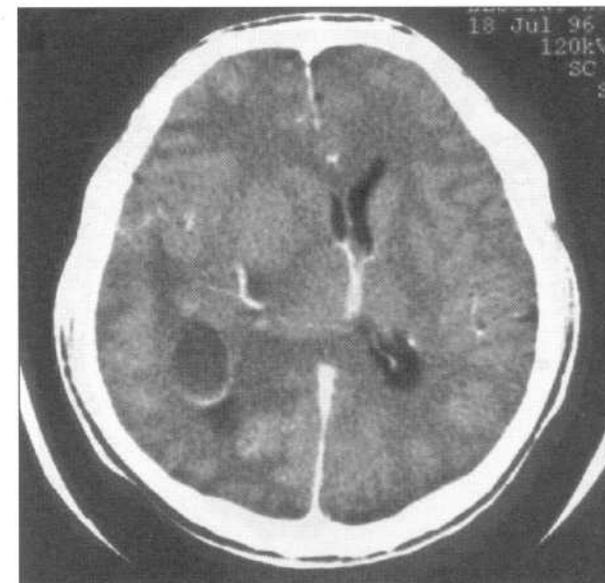
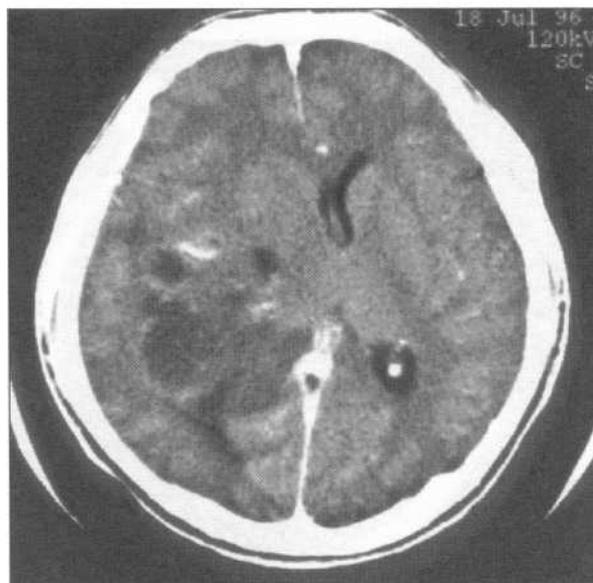
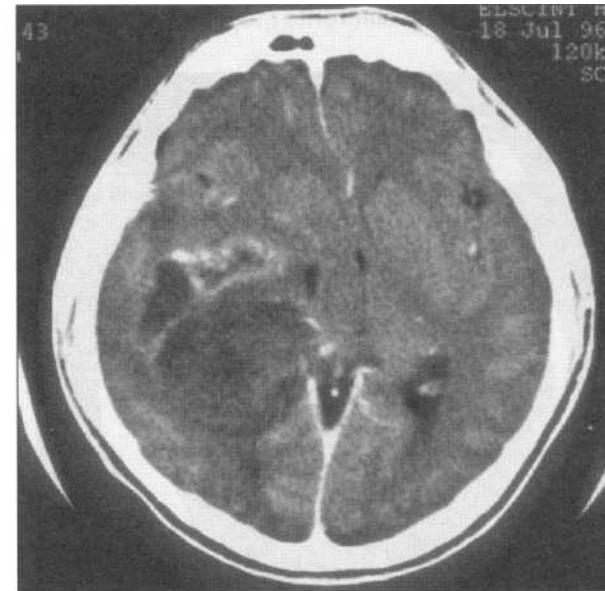
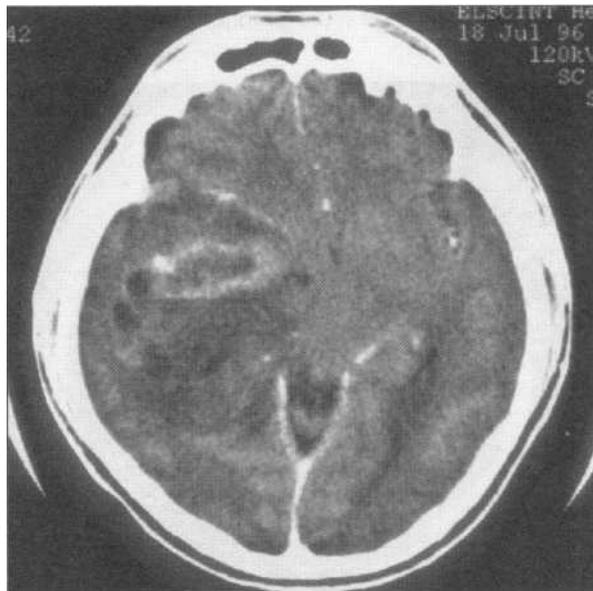
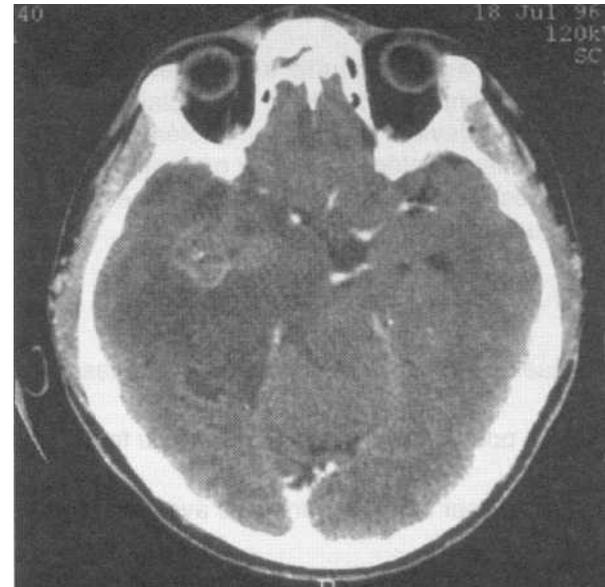
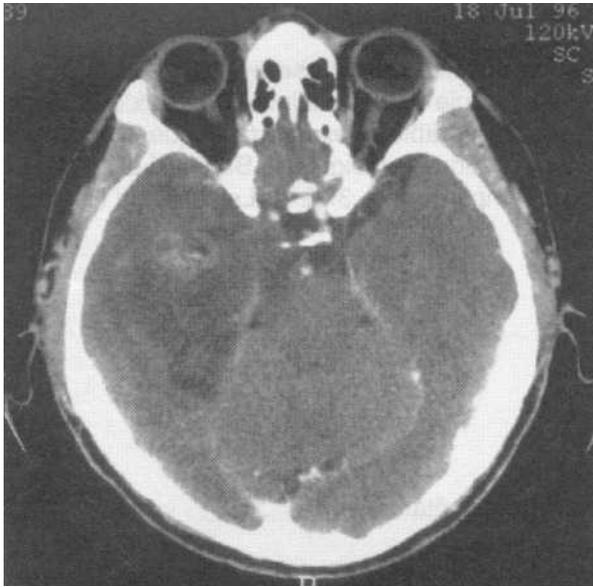
DOSSIER N°17 : Céphalées, asthénie, flou visuel et vomissements depuis deux semaines

M. O, 42 ans, consulte aux urgences pour céphalées, asthénie, ralentissement psychomoteur, vomissements et flou visuel. Il se plaignait de céphalées et d'asthénie depuis maintenant deux semaines, mais cela devient aujourd'hui intolérable. Il n'a aucun antécédent notable. L'examen clinique montre une hyperréflexie ostéotendineuse généralisée, une quadriparésie spastique, un signe de Babinski bilatéral. Le pouls est à 65/minute, la tension artérielle à 140/70 mmHg, la température à 37,2°C. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel est votre diagnostic clinique ?
2. Quelles en sont les principales étiologies ?
3. Que pouvez-vous voir à l'examen du fond d'œil ?
4. Le scanner cérébral sans puis avec injection est fourni à votre interprétation.
5. Quels sont les premiers examens complémentaires que vous allez demander maintenant ?
6. Quels sont les différents moyens de traitement dont vous disposez s'il s'agit d'un glioblastome ?



Q4 : TDM cérébral sans injection



Q4 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°17

1. Quel est votre diagnostic clinique? (15)

- Syndrome d'hypertension intra-crânienne10
- Par probable processus expansif intra-crânien hémisphérique droit 5

2 Quelles en sont les principales étiologies ? (16)

- Tumeurs cérébrales primitives, secondaires4
- Abscesses cérébraux, méningites cloisonnées, encéphalites.....4
- Hématome sous dural chronique2
- Hydrocéphalie chronique communicante ou non.....2
- Thrombophlébite cérébrale.....2
- Hypertension intra-crânienne bénigne.....2

NB : NC car HTIC aiguë ou contexte très particulier : HTA maligne, AVC à la phase aiguë, hématome extradural, hydrocéphalie aiguë à la phase aiguë de l'hémorragie méningée

3. Que pouvez-vous voir à l'examen du fond d'œil ? (15)

- Examen normal3
- Œdème papillaire uni ou bilatéral.....3
- Papille saillante, ayant perdu sa concavité, à bords flous, vaisseaux tortueux à son voisinage3
- Exsudats et hémorragies péripapillaires3
- Atrophie optique par stase3

4. Le scanner cérébral sans puis avec injection est fourni à votre interprétation. (24)

- Hypodensité2
- Hétérogène2
- Irrégulière2
- Avec prise de contraste périphérique2
- Délimitant des plages hypodenses de nécrose2
- Et important halo périphérique hypodense (d'œdème cérébral)2
- Comblement des sillons corticaux hémisphériques droits (œdème cérébral) 2
- Effet de masse sur le troisième ventricule et sur le ventricule latéral droit2
- Engagement sous la faux du cerveau (sous falcoriel)2
- Engagement temporal droit (compression du pédicule cérébral droit)2
- Probable tumeur maligne (ex : glioblastome)2
- Temporo-occipito-pariétale droite2

5. Quels sont les premiers examens complémentaires que vous allez demander maintenant ? (15)

- IRMN cérébrale : peut préciser les imagesNC
- EEG à discuter.....NC
- Bilan biologique
 - NFS, VS : recherche de syndrome inflammatoire5
 - ionogramme : hyponatrémie (par Si ADH)NC
 - sérologie VIH.....5
- Radiographie de thorax : cancer bronchopulmonaire primitif ou secondaire 5
- Echographie hépatique : foie "secondaire".....NC

- Coloscopie totale avec biopsies.....NC
- Biopsie cérébrale stéréotaxique : viendra en deuxième intention en fonction des résultats du bilan de base NC

6. Quels sont les différents moyens de traitement dont vous disposez s'il s'agit d'un glioblastome? (15)

- Pour traiter l'hypertension intra-crânienne
 - repos au lit demi assis.....2
 - hypocapnie contrôlée (hyperventilation)2
 - restriction hydrique2
 - diurèse osmotique : Glycérol per os et/ou Mannitol IV2
 - corticoïdes : Méthylprednisolone IV3
- Pour traiter la tumeur cérébrale
 - chirurgie (rarement possible)2
 - et/ou radiothérapie (souvent indiquée)2
 - et/ou chimiothérapie (rarement indiquée)NC

DOSSIER N°18: Céphalée brutale

Monsieur L., 45 ans, chauffeur routier, consulte aux urgences pour céphalée aiguë apparue brutalement il y a une heure.

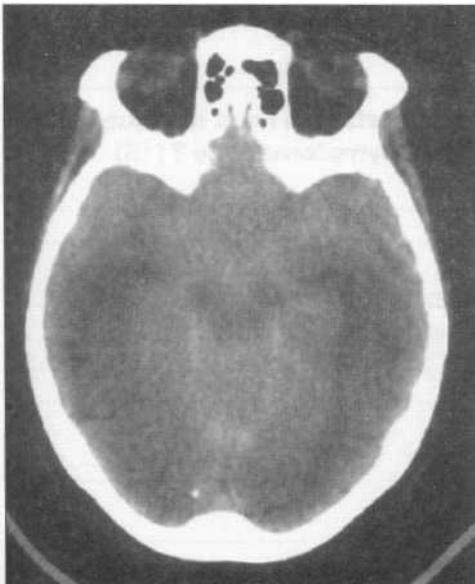
A l'examen, il garde les yeux fermés et préfère rester dans le noir, il présente des céphalées intenses diffuses, la flexion de la nuque entraîne une résistance et une douleur. Le reste de l'examen neurologique est normal. Il vomit au cours de l'examen. La tension artérielle est à 170/110 mmHg, la température à 37,6°C, le pouls à 100/minute, le reste de l'examen clinique est normal.

Biologiquement

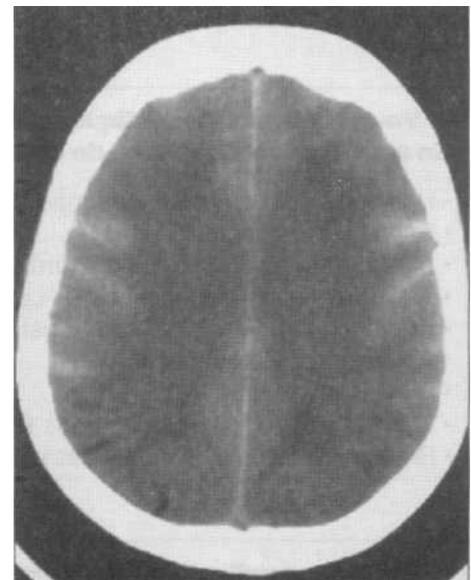
NFS : 11000 GB/mm³ (dont 70 % de polynucléaires neutrophiles), la glycémie est à 10,5 millimoles/litre, le ionogramme est normal.

Le scanner cérébral sans injection réalisé en urgence vous est fourni.

1. Comment interprétez-vous le scanner ?
2. S'il avait été normal, quel aurait été votre premier examen complémentaire ? A la recherche de quelles anomalies ?
3. Quelles sont les étiologies non traumatiques les plus fréquentes de cette pathologie ?
4. Vous allez ensuite pratiquer une artériographie des troncs supra-aortiques dans quelques jours. En attendant la réalisation de cet examen, quel est votre traitement symptomatique ?
5. Quelles complications redoutez-vous pour les jours qui suivent ? (première semaine)
6. Interprétez l'angiographie.
7. Quelles sont les deux principales méthodes de traitement radical ?



Q1 : TDM cérébral sans injection



Q6 : Artériographie sélective de la carotide interne droite

DOSSIER N°18

1. Comment interprétez-vous le scanner? (15)

- Hyperdensité spontanée3
- Des citernes de la base3
- Et des vallées sylviennes3
- Témoin d'une hémorragie méningée sous arachnoïdienne.....6

2. Vil avait été normal, quel aurait été votre premier examen complémentaire? A la recherche de quelles anomalies? (15)

- Ponction lombaire7
- Sang incoagulable dans les trois tubes rouges uniformément2
- Hypercellularité du LCR : hématies (rapport GR/GB > 1000)2
- Biochimie : protéinorachie normale ou peu élevée, glycorachie normale2
- Bactériologie : stérile2
- Pigments xanthochromiques en surnageant (pour un diagnostic tardif)NC

3. Quelles sont les étiologies non traumatiques les plus fréquentes de cette pathologie ? (15)

- Anévrisme artériel intra-crânien.....3
- Malformation artéreo-veineuse3
- Thrombopénie sévère3
- Surdosage en traitement anticoagulant.....3
- Hémorragie d'origine tumorale.....3
- Fistules durales à drainage veineux cortical.....NC
- Hypertension artérielle (donne des hématomes intracrâniens)NC

4. Vous allez ensuite pratiquer une artériographie des troncs supra-aortiques dans quelques jours. En attendant la réalisation de cet examen, quel est votre traitement symptomatique ? (15)

- Hospitalisation en neuro-chirurgie (oubli = 0)2
- Repos au lit strict2
- A jeun et pose d'une voie d'abord veineuse.....1
- Traitement antihypertenseur (ex : Loxen*/Nicardipine IV) à maintenir autour de 150 mmHg de systolique 2
- Prévention du vasospasme artériel secondaire (ex : Nimotop*/Nimodipine IV)2
- Antalgiques (Paracétamol IV)2
- Surveillance (oubli = 0)2
- Prévention des ulcères de stress (ex : Azantac*/Ranitidine IV)1
- Prévention des crises comitiales à discuter (ex : Rivotril*/Clonazépam IV)1

5. Quelles complications redoutez-vous pour les jours qui suivent ? (première semaine) (15)

- Resaignement5
- Vasospasme artériel avec accident vasculaire cérébral ischémique5
- Hydrocéphalie aiguë.....1
- Crises comitiales et état de mal convulsif1
- Ulcère de stress1
- Hyponatrémie1
- OAP neurogénique.....NC
- Syndrome de Terson (hémorragie rétrovitréenne)1

6. Interprétez l'iconographie. (15)

- Anévrysme géant10
- De la bifurcation sylvienne droite5

7. Quelles sont les deux principales méthodes de traitement radical ? (10)

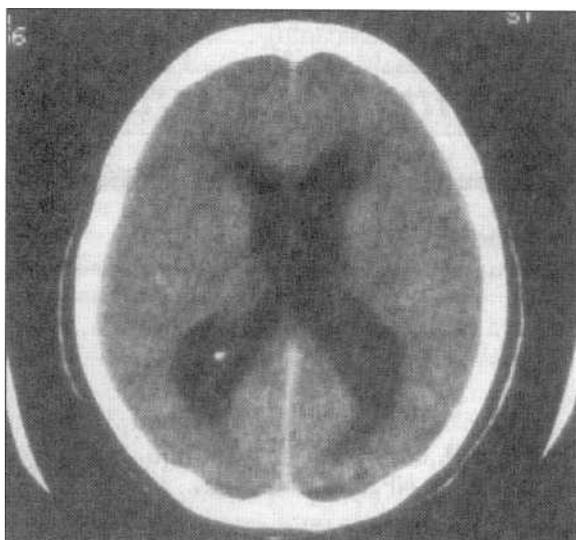
- Pose d'un clip métallique au collet de l'anévrysme par abord chirurgical de l'anévrysme.....5
- Traitement endovasculaire par pose de spirales endovasculaires (coils) en radiologie interventionnelle ..5

DOSSIER N°19: Un ancien agriculteur perd la mémoire

M. Laurent G, 67 ans, ancien exploitant agricole, est amené par sa femme en consultation pour troubles du comportement.

En effet, depuis quelques semaines, elle remarque une certaine niaiserie chez son mari, qui sourit un peu tout le temps, et n'est plus capable d'assurer les tâches quotidiennes à la maison. "On ne peut plus rien lui faire faire, il est complètement débile et ne comprend rien à rien". Il perd de plus en plus la mémoire des faits récents et nouveaux, passe tout son temps devant la télévision sans retenir ce qu'il y voit, terrorise ses petits enfants qu'il ne veut plus relâcher quand ils lui touchent la main. Elle n'ose plus inviter personne chez elle car M. G dit souvent des obscénités sans aucune retenue. De plus, il marche maintenant avec difficulté, en faisant de tous petits pas avec les fesses en arrière, comme s'il voulait toujours s'asseoir. Enfin, depuis deux semaines, il se fait pipi dessus la nuit comme le jour, sans que cela ne le dérange. Il s'habille tout seul sans problème particulier. Durant toute la consultation, il n'aura quasiment pas dit un mot spontanément. Par contre, il peut répondre aux questions : lorsqu'on lui demande de nommer une montre, il répond "une tocante", une voiture, il répond "une bagnole". Le score obtenu au mini mental status de Folstein est de 10 sur 30 (il existe une désorientation temporo-spatiale partielle, les calculs sont tous ratés, l'apprentissage est nul). L'interrogatoire alimentaire ne retrouve pas d'erreur notable. Il n'existe pas d'antécédents particuliers. L'examen clinique est normal, en dehors des caractères de la marche. La tension artérielle est normale. Madame G vous demande ce qui est arrivé à son mari qui était encore tout à fait normal il y a 6 mois.

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation.
2. Quels sont les arguments contre une maladie d'Alzheimer ?
3. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous de première intention ?
5. Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste est fourni à votre interprétation.
6. Quel test pouvez-vous réaliser pour prouver votre diagnostic ?
7. Il existe d'autres examens complémentaires pour diagnostiquer cette pathologie. Lesquels ?
8. Quel est le traitement à proposer ?



Q5 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°19

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation (25)

• Triade d'Hakim et Adams (démence frontale, troubles de la marche, incontinence urinaire)	2
• Démence.....	2
- troubles mnésiques antérogrades	2
- troubles du raisonnement	2
- retentissant sur la vie sociale et familiale.....	2
- sans trouble de vigilance	2
- d'évolution chronique et insidieuse	1
• Frontale	2
- moria (hébétude, niaiserie)	1
- ralentissement psychomoteur et apathie	1
- grasping.....	1
-troubles de la statique avec rétropulsion.....	2
- désinhibition comportementale (obscénités, urination)	1
• Troubles sphinctériens (incontinence urinaire)	2
• Troubles de la marche (à petits pas)	2

2 Quels sont les arguments contre une maladie d'Alzheimer? (15)

• Age supérieur à 65 ans	2
• Rapidité d'évolution.....	1
• Absence d'aphasie.....	2
• Absence d'apraxie.....	2
• Absence d'agnosie	2
• Syndrome frontal.....	2
• Troubles de la marche (très tardifs dans l'Alzheimer)	2
• Troubles sphinctériens (très tardifs dans l'Alzheimer)	2

3. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique? (10)

• Démence.....	5
• Par hydrocéphalie à pression normale (communicante)	5

4. Quels examens complémentaires demandez-vous de première intention ? (10)

• Scanner cérébral avec injection de produit de contraste	NC
• NFS	2
• VS.....	2
• Ionogramme.....	NC
• Urée créatinine.....	NC
• Calcémie	NC
• Glycémie.....	NC
• Bilan hépatique : ASAT ALAT GGT PAL Bilirubine, TP	NC
• Dosages folates et B12 si anomalies de la NFS	NC
• T4-TSH us	2
• Sérologie VDRL TPHA	1
• Sérologies VIH1 et 2.....	1
• EEG	2

5. Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste est tourné à votre interprétation. (10)

- Dilatation des ventricules latéraux3
- Effacement des sillons corticaux.....3
- Evocateur d'hydrocéphalie à pression normale.....4

6. Quel test pouvez-vous réaliser pour prouver votre diagnostic ? (10)

- PL évacuatrice10
- Qui améliore spectaculairement le patient en cas d'HPN (en particulier les troubles de la marche)NC

7.11 existe d'autres examens complémentaires pour diagnostiquer cette pathologie. Lesquels? (10)

- IRM et étude du flux du LCR dans l'aqueduc de Sylvius (turbulences et stagnation du liquide ventriculaire) ...4
- Transit isotopique du LCR ou cisternographie isotopique (mauvaise évacuation du traceur radioactif)4
- Scintigraphie cérébrale au Xénon ou débit sanguin cérébral (augmentation du débit sanguin cortical après la PL évacuatrice pratiquée lors de l'examen)2

8. Quel est le traitement à proposer? (10)

- ChirurgicalNC
- Dérivation ventriculaire.....6
- Ventriculoatriale ou ventriculopéritonéale ou lombopéritonéale.....2
- Surveillance (risques d'obstruction de la dérivation et de méningite) (oubli = 0)2

DOSSIER N020: Un syndrome confusionnel post traumatique

M. L, 74 ans, est amené aux urgences pour syndrome confusionnel post-traumatique.

1. Quelles sont les étiologies principales de syndrome confusionnel post-traumatique ?

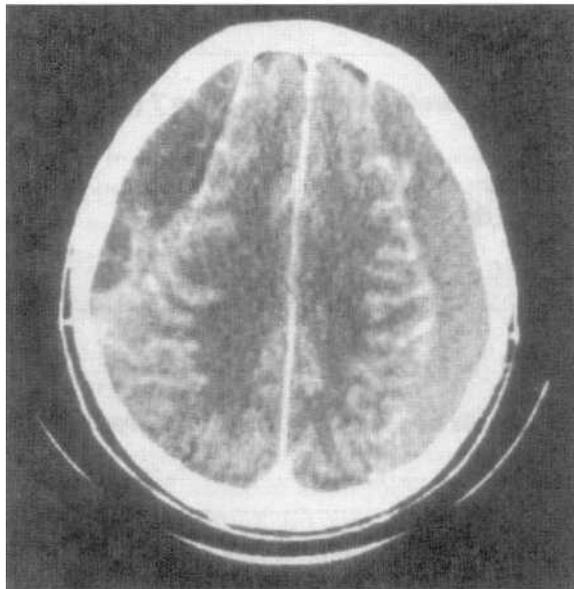
2. M. L est en fait tombé d'un escabeau il y a 3 semaines. Il n'a pas perdu connaissance. Il a comme antécédents des crises de goutte aiguës traitées au long cours par régime hypouricémiant, une arythmie complète par fibrillation auriculaire chronique avec thrombus de l'oreillette gauche, pour lequel il est sous anticoagulants oraux (AVK : Sintrom', dernier INR il y a 10 jours : 2,5).

Il est apyrétique, sa tension artérielle est à 150/80 mmHg, son pouls à 85/minute. Pas de déficit moteur ni sensitif. Réflexes ostéotendineux vifs diffusés polycinétiques aux quatre membres avec signe de Babinski bilatéral. Le syndrome confusionnel est franc. M. L est obnubilé et se plaint de céphalées frontales intenses. Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?

4. Le scanner cérébral (sans injection) est fourni à votre interprétation.

5. Quels sont les principes de votre traitement ?



Q4 : TDM cérébral sans injection

DOSSIER N°20

1. Quelles sont les étiologies principales de syndrome confusionnel post-traumatique ? (20)

• Hématome extra-dural.....	6
• Hématome sous-dural.....	6
• Hémorragie méningée	4
• Contusion cérébrale avec hématome intra-cérébral	4
• Hydrocéphalie aiguë (conséquence d'une hémorragie méningée)	NC
• Méningite purulente (brèche durale)	NC

12--M. L est en fait tombé d'un escabeau il y a trois semaines. 11 n'a pas perdu connaissance. Il a comme antécédents des crises de goutte aiguës traitées au long cours par régime hypouricémiant, une arythmie complète par fibrillation auriculaire chronique avec thrombus de l'oreillette gauche, pour lequel il est sous anticoagulants oraux (AVK : Sintrom*, dernier INR il y a 10 jours: 2,5).

Il est apyrétique, sa tension artérielle est à 150/80 mm Hg, son pouls à 85/minute. Pas de déficit moteur ni sensitif. Réflexes ostéotendineux vifs diffusés polycinétiques aux quatre membres avec signe de Babinski bilatéral. Le syndrome confusionnel est franc. M. L est obnubilé et se plaint de céphalées frontales intenses.

Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ? (20)

• Hématome sous dural chronique bilatéral	15
• Hémorragie cérébroméningée	5

NB : Etiologies aberrantes : 0

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ? (20)

• TP TCK INR.....	10
• Scanner cérébral sans injection de produit de contraste.....	10
• Groupe Rhésus RAI NFS et reste du bilan préopératoire	NC

NB : Examen inutile ou aberrant : 0

4. Le scanner cérébral (sans injection) est fourni à votre interprétation. (20)

• Hypodensités	4
• Bilatérales	4
• En croissant extra-parenchymateux	4
• Hématome sous dural bilatéral	4
• Chronique (car hypodense)	4

5. Quels sont les principes de votre traitement ? (20)

• Hospitalisation en urgence.....	2
• Arrêt des anticoagulants (oubli = 0)	2
• Discuter l'antagonisation par PPSB ou vitamine K1 IV	4
• Evacuation chirurgicale de l'hématome sous dural chronique bilatéral	2

- Par trous de trépan ou volet2
- Suspension de la dure-mère pour empêcher les récives2
- Drainage de l'espace sous dural2
- Traitement anticomitial préventif post-opératoire.....2
- Surveillance (oubli = 0)2

DOSSIER N°21 : Céphalées et troubles des fonctions supérieures

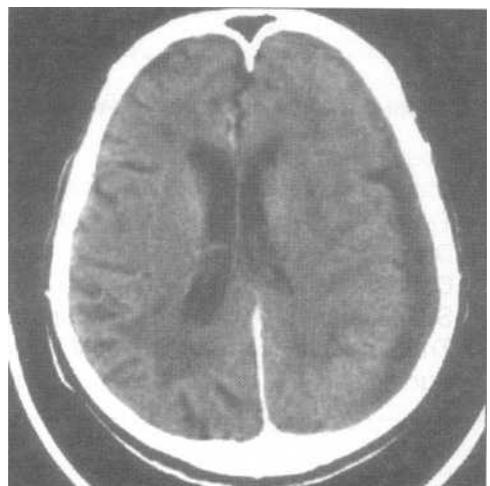
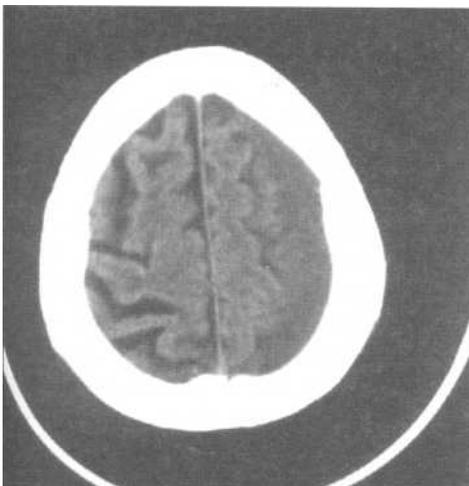
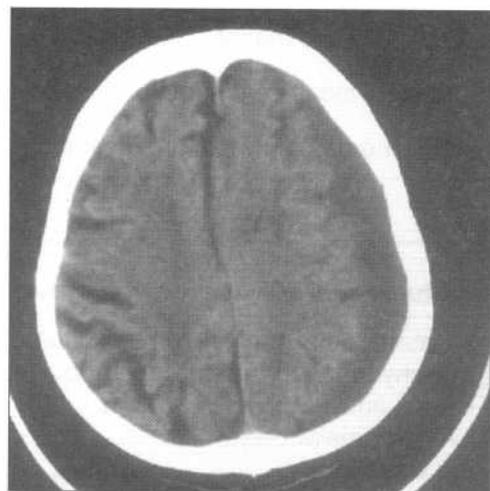
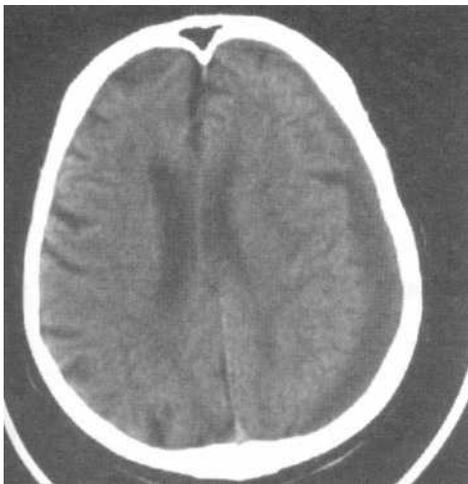
Madame S, 69 ans, est amenée en consultation par son mari en raison de céphalées diffuses durant depuis 15 jours associées à des troubles des fonctions supérieures.

En effet, madame S, absolument normale il y a un mois, ne sait jamais quelle heure il est, quel jour on est ; de plus elle oublie de faire les courses quand elle sort au marché, et laisse bouillir de l'eau plusieurs heures lorsqu'elle veut faire son thé.

Antécédents : hypertension artérielle traitée par Lasilix[®]/Furosémide depuis 10 ans (chiffres habituels 160/80 mmHg). Un accident de voiture il y a deux mois (provoqué par M. S qui conduisait) avec fractures des 6^e et 7^e côtes gauches, traitées par antalgiques.

L'examen clinique retrouve une TA à 150/75 mmHg, un pouls à 72/minute, une température à 37,5°C, un syndrome pyramidal droit à minima, et un éclat de B2 au foyer aortique. La NFS est normale.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez
2. Vous prescrivez un scanner cérébral avec injection, qui est reproduit ici. Quelle est votre interprétation ?
3. Quels sont les causes et facteurs favorisants d'une telle pathologie ?
4. Quel traitement proposez-vous ?
5. A quelles complications neurologiques est exposée Madame S après ce traitement ?



Q2 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°21

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez (20)

- Syndrome démentiel curable4
- Secondaire à un hématome sous dural chronique hémisphérique gauche3
- Devant
 - tableau chronique.....2
 - céphalées2
 - désorientation temporo-spatiale2
 - amnésie antérograde2
 - antécédent de traumatisme crânien récent.....2
 - syndrome pyramidal droit.....3

2. Vous prescrivez un scanner cérébral avec injection, qui est reproduit ici. Quelle est votre interprétation ? (20)

- Hypodensité extra-hémisphérique gauche3
- En croissant3
- Avec effacement des sillons corticaux gauches3
- Et compression du ventricule latéral gauche.....3
- Déplacement vers la droite des structures médianes.....3
- Donc effet de masse.....3
- Image évocatrice d'hématome sous dural chronique gauche2

NB : L'hématome sous dural est d'abord isodense puis hypodense.

3. Quels sont les causes et facteurs favorisants d'une telle pathologie ? (20)

- Traumatisme crânien même minime4
- Déshydratation (nourrisson surtout)4
- Sujet âgé4
- Alcoolisme4
- Anticoagulants4
- Evolution d'un hématome sous-dural aiguNC

4 Quel traitement proposez-vous ? (20)

- Hospitalisation.....2
- Chirurgie d'évacuation de l'hématome sous-dural4
- Trou de trépan (un ou deux) à gauche, ou volet crânien gauche2
- Drainage de l'espace sous dural2
- Contrôle de la tension artérielle4
- Suspension de la dure-mère pour empêcher les récurrences2
- Traitement anticomitial préventif post-opératoire.....2
- Surveillance2

5. A **quelles complications neurologiques est exposée Madame 5 après ce traitement ?** (20)

• Récidive de l'hématome sous-dural	4
• Méningite purulente.....	2
• Abscess/empyème sous-dural	2
• Hydrocéphalie à pression normale	4
• Troubles de mémoire.....	2
• Syndrome dépressif (et autres troubles psychiques)	2
• Syndrome subjectif des traumatisés crâniens	2
• Epilepsie post-traumatique	2

DOSSIER N°22: Céphalées depuis un mois chez un garçon de 11 ans

Mathieu, 11 ans, est amené par sa mère en consultation car il se plaint de céphalées frontales évoluant depuis un mois, d'abord paroxystiques puis permanentes depuis quatre jours. Depuis un mois, il n'est plus attentif en classe et a manqué l'école plusieurs fois car il a quelques difficultés à marcher droit ("on dirait qu'il est saoul" dit sa mère).

Enfin, il dit que depuis la veille, il voit double quand il regarde sur les côtés.

A l'examen clinique, il est apyrétique, son pouls est à 50/minute.

On retrouve un enfant globalement hypotonique, un léger déficit moteur de l'hémicorps droit, sans déficit sensitif. Adiadococinésie mise en évidence à la main gauche, qui crochète à l'épreuve doigt-nez.

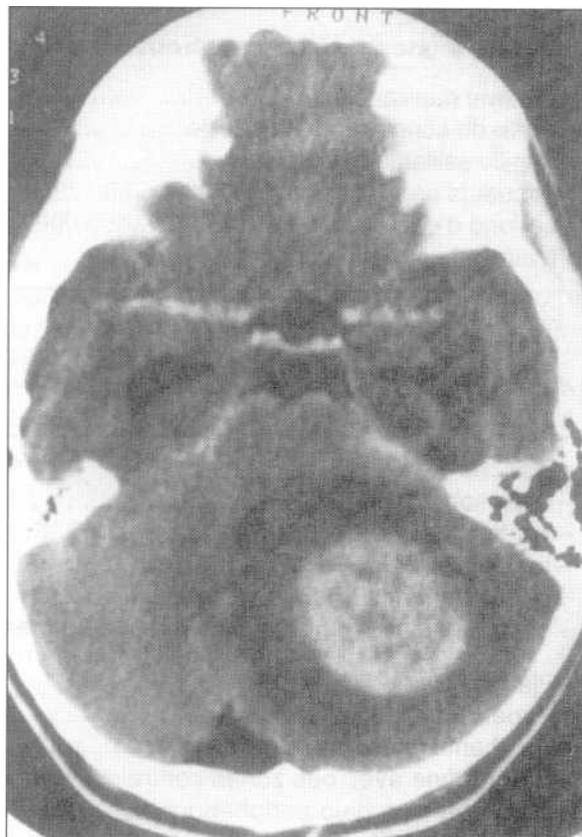
Les réflexes ostéotendineux sont vifs aux quatre membres, les rotuliens sont pendulaires surtout à gauche, il existe une trépidation épileptoïde du pied droit, et un signe de Babinski droit. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

De plus bipolarésie des nerfs moteurs oculaires externes, nystagmus de l'oeil gauche dans le regard latéral gauche, absence de paralysie faciale.

1. Quel diagnostic clinique évoquez-vous ?
2. Sur quels arguments ?
3. Quels signes pouvez-vous trouver au fond d'oeil ?
4. Vous demandez un scanner cérébral avec injection reproduit ici. Quelle est votre interprétation ?
5. Quelle est la principale complication à craindre à court terme ? Quelles en sont les manifestations cliniques ?
6. Quels sont les principaux diagnostics histologiques envisageables ?
7. Quels sont les principes du traitement ?



Q4 : TDM cérébral avec injection, planche 1



04 : TDM cérébral avec injection, planche 2

DOSSIER N°22

1. Quel diagnostic clinique évoquez-vous ? (15)

- Hypertension intra-crânienne5
- Par processus expansif intra-crânien.....5
- De localisation cérébelleuse hémisphérique gauche5

2 Sur quels arguments? (15)

- Syndrome d'hypertension intra-crânienne
 - céphalées 1
 - asthénie et troubles de vigilance..... 1
 - biparésie du VI 1
 - bradycardie 1
- Syndrome pyramidal prédominant à gauche 1
 - réflexes ostéotendineux vifs 1
 - trépidation épileptoïde du pied droit 1
 - déficit moteur de l'hémicorps droit..... 1
 - signe de Babinski droit, abolition des réflexes cutanés abdominaux 1
- Syndrome cérébelleux (à prédominance hémisphérique gauche) 1
 - adiadococinésie de la main gauche 1
 - hypotonie prédominant à gauche 1
 - réflexes pendulaires surtout à gauche..... 1
 - asynergie (crochetage, marche ébrieuse) 1
 - nystagmus de l'œil gauche dans le regard latéral gauche 1

3. Quels signes pouvez-vous trouver au fond d'œil ? (10)

- CEdème papillaire bilatéral.....2
- Perte de concavité de la papille2
- Papille saillante à bords flous2
- Exsudats papillaires inconstants tardifs.....NC
- Le fond d'œil est parfois normal2
- L'atrophie optique est tardive2

4. Vous demandez un scanner cérébral avec injection reproduit ici. Quelle est votre interprétation ? (20)

- Planche 1
 - dilatation ventriculaire.....2
 - ventricules latéraux 1
 - troisième ventricule..... 1
 - effacement des sillons corticaux 2
 - pas de déplacement des structures médianes 1
- Planche 2
 - Hyperdensité 1
 - de l'hémisphère cérébelleux gauche 1
 - hétérogène avec des zones centrales hypodenses..... 1
 - entourée d'un halo périphérique hypodense 1
 - d'œdème cérébral..... 1
 - Oblitération de l'aqueduc de Sylvius 1
 - dilatation des citernes de la base du crâne 1

- Au total
- probable tumeur de l'hémisphère cérébelleux gauche3
- responsable d'une hydrocéphalie non communicante3

5. Quelle est la principale complication à craindre à court terme ? Quelles en sont les manifestations cliniques? (15)

- Engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital5
- Crises toniques postérieures2
- Raideur de nuque ou inclinaison latérale de la tête (torticolis, attitude guindée de la tête)2
- Troubles de conscience2
- Arrêt respiratoire.....2
- Mort subite.....2

6. Quels sont les principaux diagnostics histologiques envisageables ? (10)

- Médulloblastome.....4
- Astrocytome de bas grade3
- Hémangioblastome3

7. Quels sont les principes du traitement ? (15)

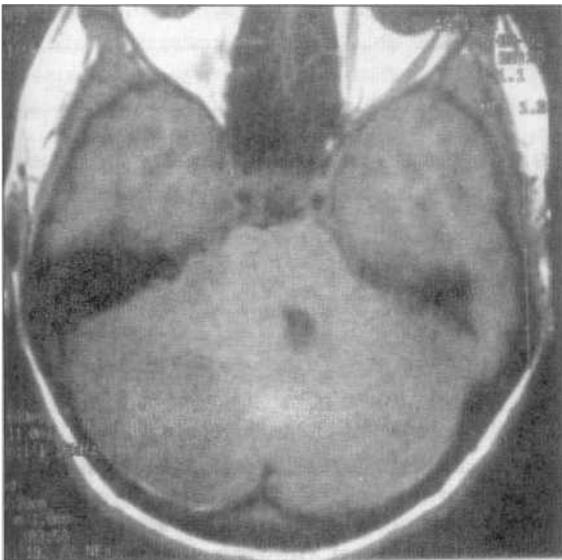
- Hospitalisation.....1
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures, et la ventilation1
- Lutte contre l'oedème cérébral.....1
- Repos en position demi assise1
- Restriction hydrique1
- Oxygénation (lutte contre l'hypercapnie)NC
- Diurèse osmotique (Glycérol per os et/ou Mannitol IV)1
- Corticoïdes (Solumédrol*/Méthylprednisolone IM ou IV) avec mesures associées1
- Si hydrocéphalie majeure : chirurgie de dérivation du LCR (interne ou externe)2
- Traitement étiologique de la tumeur
- Chirurgie2
- Plus ou moins radiothérapie2
- Pas de chimiothérapie ici à priori.....NC
- Nursing.....1
- Surveillance quasi constante (oubli = p)1

DOSSIER N023: **Un syndrome cérébelleux chez une femme de 25 ans**

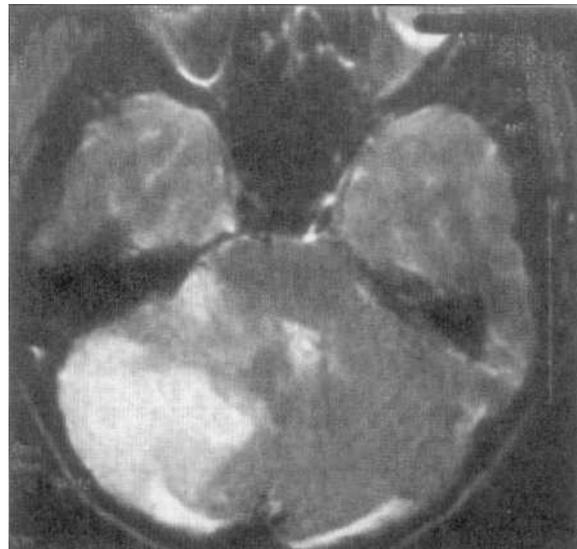
Madame T, 25 ans, est hospitalisée en urgence en neurologie en raison de l'apparition brutale ce matin de vertiges rotatoires intenses avec vomissements et acouphènes à droite.

L'examen clinique met en évidence un syndrome cérébelleux cinétique de l'hémicorps droit.

1. Quels sont les composants du syndrome cérébelleux ?
2. Quelles sont les principales causes de syndrome cérébelleux aigu chez une personne jeune ?
3. Le scanner cérébral réalisé en urgence donne des images de mauvaise qualité en fosse postérieure, vous demandez donc une IRM dont des images sont reproduites ici. Quelle est votre interprétation ?
4. L'interrogatoire poussé retrouve en fait la notion d'un accident de voiture à faible vitesse il y a une dizaine de jours. Aucun antécédent pathologique médicochirurgical. Contraception orale par cestroprogestatifs minidosés. Pas d'autres médicaments. Reste de l'examen clinique normal. Quel est le diagnostic le plus probable ?
5. Quelle est la principale complication à redouter dans les heures à venir ?
6. Si cette complication s'installait, quelle devrait alors être votre attitude ?



Q3 : IRM cérébrale en T1



O3 : IRM cérébrale en T2

DOSSIER N°23

1. Quels sont les composants du syndrome cérébelleux? (20)

- Les signes du syndrome cérébelleux hémisphérique sont homolatéraux à la lésion 4
- Hypotonie (oscillations pendulaires, abolition des réflexes de posture, manœuvre de Stewart-Holmes) ..2
- Asynergie cérébelleuse (mouvements décomposés)2
- Dysmétrie cérébelleuse (hypermétrie non aggravée par l'occlusion des yeux, écriture cérébelleuse, dysarthrie cérébelleuse)2
- Adiadococinésie2
- Dyschronométrie (doigt, nez)2
- Instabilité (avec élargissement du polygone de sustentation, dans des tendons des jambiers antérieurs)2
- Ataxie du tronc et de la tête2
- Tremblement cérébelleux d'intention2
- Pas de signe de Romberg, pas d'aggravation à la fermeture des yeuxNC

2 Quelles sont les principales causes de syndrome cérébelleux aigu chez une personne jeune ? (15)

- Sclérose en plaques.....3
- Accident vasculaire cérébelleux (hémorragie, infarctus sur dissection)3
- Intoxication aiguë (alcoolisme aigu, oxyde de carbone, médicaments...)6
- Hématome intratumoral (tumeur cérébelleuse)3
- Crise d'épilepsie temporale (peut mimer un syndrome cérébelleux)NC
- Malformations de la charnière cervico-occipitaleNC

3. Le scanner cérébral réalisé en urgence donne des images de mauvaise qualité en fosse postérieure, vous demandez donc une IRM dont des images sont reproduites ici. Quelle est votre interprétation ? (15)

- T1 : Hyposignal cérébelleux inférieur droit5
- T2 : Hypersignal cérébelleux inférieur droit5
- Pas de signe d'engagement5
- Non spécifique (possibilités : ischémie, inflammation, tumeur)NC

4. L'interrogatoire poussé retrouve en fait la notion d'un accident de voiture à faible vitesse il y a une dizaine de jours. Aucun antécédent pathologique médicochirurgical. Contraception orale par œstroprogestatifs minidosés. Pas d'autres médicaments. Reste de l'examen clinique normal. Quel est le diagnostic le plus probable ? (15)

- Accident vasculaire cérébelleux droit5
- Ischémique (infarctus)5
- Par dissection vertébrale droite5

5. Quelle est la principale complication à redouter dans les heures à venir ? (15)

- Engagement des amygdales cérébelleuses.....9
- Dans le trou occipital2
- Par œdème et/ou hématome cérébelleux2
- Entraînant la mort par arrêt respiratoire en quelques minutes à quelques heures2

6• Si cette complication s'installait, quelle devrait alors être votre attitude ? (20)

- En urgence5
- Transfert en neuro-chirurgie.....5
- Pour intervention chirurgicale de décompression10

DOSSIER N°24 : Détérioration intellectuelle subaiguë chez un autre séropositif pour le VIH

M. U, 40 ans, consulte amené par son compagnon pour détérioration intellectuelle subaiguë. Il est connu séropositif pour le VIH depuis 8 ans (contamination homosexuelle).

Antécédents

Toxoplasmose cérébrale inaugurale il y a 8 ans. Prévention secondaire par Malocid* et Adiazine*.

Cryptosporidiose digestive depuis trois ans avec épisodes intermittents de diarrhée liquide massive ayant motivé trois hospitalisations pour réhydratation.

Sarcome de Kaposi cutané actuellement stable (lésions de la cuisse droite et du thorax).

Dernier bilan biologique il y a un mois

CD4+ : 25/mm³ (3 %). NFS : Hb = 9,4 g/dl, VGM = 109 fl, GB = 3000/mm³ (dont PNN = 65 %, lymphocytes = 25 %), plaquettes = 120 000/mm³.

Bilan biologique hépatique normal, fonction rénale normale.

Ag P24 négatif, Ac antiP24 positif. Béta 2 microglobuline = 3,5 mg/l.

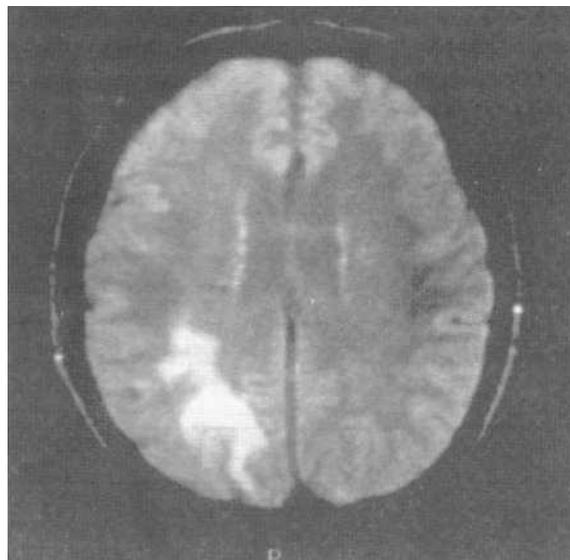
Traitement actuel

AZT/Rétrovir* : 250 mg/jour. DDI/Videx* : 400 mg/jour. Malocid* : 50 mg/jour. Adiazine* : 1,2 g/jour. Acide folinique : 10 mg/jour

Examen clinique à l'arrivée

Apyrexie. Pouls à 65/minute. Ralentissement psychomoteur sans confusion. Pas d'aphasie. Pas de déficit moteur ni sensitif. Réflexes ostéotendineux présents vifs et diffusés à droite, normaux à gauche. Pas de signe de Babinski. Hémianopsie latérale homonyme droite. Examen des nerfs crâniens sans anomalie. Pas de syndrome cérébelleux. Le reste de l'examen clinique est normal. Le transit abdominal est actuellement normal.

1. D'une manière générale, quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous devant une détérioration intellectuelle chez un malade atteint de SIDA ?
2. Quels examens de première intention demandez-vous ?
3. L'IRM cérébrale est fournie à votre interprétation (séquence en T2).
4. Quels sont les arguments pour une LEMP ?
5. Comment peut on confirmer ce diagnostic de LEMP ?
6. Quel est l'agent étiologique responsable de cette pathologie ?
7. Quel en est le pronostic ?



03 : IRM en coupe axiale pondérée en T2

DOSSIER N°24

1. D'une manière générale, quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous devant une détérioration intellectuelle chez un malade atteint de SIDA ? (25)

- Toxoplasmose cérébrale.....4
- Lymphome malin primitif cérébral3
- Encéphalite à VIH3
- Encéphalite à CMV3
- LEMP.....3
- Neurosyphilis3
- Mycobactéries (atypiques plus que tuberculose)3
- Dépression sévère ou mélancolie.....3

2 Quels examens de première intention demandez-vous ? (10)

- Scanner cérébral sans et avec injection de produit de contraste5
- Ponction lombaire après scanner pour étude biochimique, cytologique, bactériologique, virologique du LCR.....5
- NFS CRP ionogramme glycémie.....NC

3. L'IRM cérébrale est fournie à votre interprétation (séquence en T2). (10)

- Hypersignal.....3
- Pariéto-occipital droit1
- De la substance blanche sous corticale3
- Non compressif (pas de retentissement sur les structures ventriculaires ni médianes)3

4. Quels sont les arguments pour une LEMP? (15)

- Infection par le VIH stade SIDA, avancé dans la maladie3
- Détérioration intellectuelle subaiguë.....3
- Signes de localisation neurologique dont troubles visuels (hémianopsie latérale homonyme)3
- Apyrexie3
- Aspect en IRM (hypersignal en T2 de la substance blanche sous corticale non compressif)3

NB : Meilleur argument en imagerie : (quasi pathognomonique) : en IRM : hyposignal en T1 ne prenant pas le contraste avec hypersignal en T2.

NB : Au scanner : hypodensité ne prenant pas le contraste, région périventriculaire.

5. Comment peut on continuer ce diagnostic de LEMP ? (15)

- PCR sur le LCR à la recherche de Papovavirus JC.....10
- Biopsie cérébrale (très peu pratiquée actuellement) : zones démyélinisées, oligodendrocytes rares et à inclusions éosinophiles, astrocytes hypertrophiés.5

6. Quel est l'agent étiologique responsable de cette pathologie ? (10)

- Papovavirus JC10

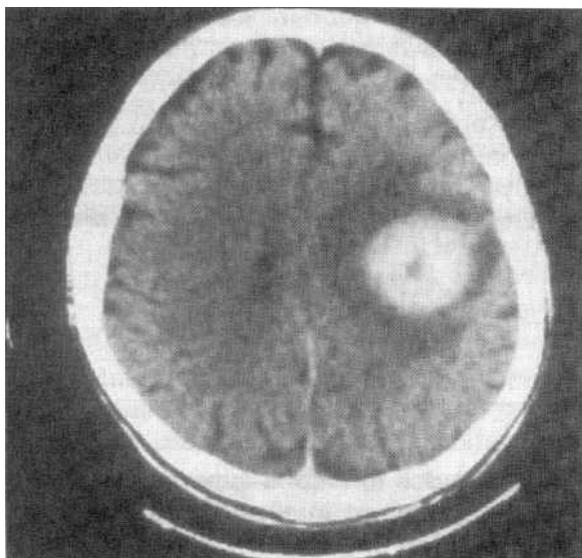
7. Quel en est le pronostic ? (15)

- Toujours fatale en quelques mois10
- Aucun traitement n'a fait preuve d'une efficacité5

DOSSIER N°25: Renouvellement d'ordonnances chez un séropositif pour le VIH

M. D, 31 ans, séropositif pour le VIH depuis cinq ans, consulte pour renouvellement d'ordonnances. Il n'a jamais présenté d'infection opportuniste. Sa séropositivité a été découverte lors d'un examen d'autodépistage suite à une relation sexuelle à risques avec une ancienne toxicomane. Il est traité par Bactrim forte[®] 1 cp/jour depuis six mois (en raison de son taux de lymphocytes CD4+, le dernier il y a 3 mois étant à 180/mm³). Il bénéficie également d'un traitement antirétroviral de première intention depuis la même époque. Il est actuellement styliste de mode en activité.

1. Quels sont les principaux éléments à recueillir à l'interrogatoire ?
2. Quels sont les principaux éléments à recueillir par l'examen physique ?
3. Il existe en fait de légers troubles des fonctions supérieures avec parfois un manque du mot depuis trois semaines. Il existe également quelques céphalées non handicapantes diffuses modérées. Il est apyrétique. L'examen clinique est normal par ailleurs. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?
4. Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste est soumis à votre interprétation.
5. Quel est votre traitement de première intention ?
6. L'évolution est malheureusement défavorable avec extension de la lésion sur 15 jours, et apparition d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne. Quel est le diagnostic précis le plus probable ? Quel en est le pronostic ?
7. Quel est le traitement de choix de l'hypertension intra-crânienne dans ce contexte ? Pourquoi ?



04 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°25

1. Quels sont les principaux éléments à recueillir à l'interrogatoire? (15)

• Température	NC
• Sueurs nocturnes	1
• Asthénie.....	1
• Céphalées	1
• Appétit	1
• Effets secondaires du 'Bactrim' (arthralgies, nausées, vomissements, diarrhée, photosensibilité)	NC
• Fonctions supérieures	NC
• Diarrhée.....	1
• Vomissements	1
• Dysphagie	1
• Douleur abdominale	1
• Troubles visuels (dépistage de la rétinite à CMV)	1
• Dyspnée.....	1
• Expectoration	1
• Toux.....	1
• Douleur thoracique.....	1
• Paresthésies.....	1
• Brûlures mictionnelles	1

2. Quels sont les principaux éléments à recueillir par l'examen physique ? (15)

• Température (oubli = 0)	1
• Poids (oubli = 0)	1
• Adénopathies (oubli = 0)	1
• Examen neurologique	
- troubles sensitifs	1
- réflexes ostéotendineux et cutanés plantaires.....	1
- force motrice	1
- syndrome méningé.....	1
- champ visuel	1
• Examen endobuccal : sarcome de Kaposi, candidose	2
• Examen cutané : sarcome de Kaposi, molluscum contagiosum	1
• Examen pulmonaire : signes en foyer	1
• Examen cardiologique : signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, de péricardite	NC
• Examen abdominal	
- hépatomégalie	1
- splénomégalie.....	1
- masse abdominale	1
-douleur provoquée.....	NC

3. 11 existe en fait de légers troubles des fonctions supérieures avec parfois un manque du mot depuis trois semaines. 11 existe également quelques céphalées non handicapantes diffuses modérées. Il est apyrétique. L'examen clinique est normal par ailleurs. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ? (15)

• Scanner cérébral avec injection de produit de contraste.....	3
• Fond d'oeil	3
• En urgence.....	NC
• Si TDM normal : ponction lombaire (biochimie, cytologie, bactériologie)	3
• NFS.....	3
• CRP	3

NB : On demanderait également en première intention une recherche d'antigène cryptococcique dans le sang et le LCR si les T4 étaient < à 100/mm³.

4. Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste est soumis à votre interprétation. (15)

- Hyperdensité annulaire (prise de contraste annulaire)2
- Périphérique.....1
- Sustentorielle1
- Hémisphérique gauche1
- Arrondie1
- Avec zone centrale hypodense (nécrose centrale)2
- Limites floues.....1
- Prolongement sous pial de la prise de contraste2
- Halo hypodense périphérique modéré (oedème périlésionnel)2
- Avec effet de masse (compression du ventricule latéral gauche, déplacement de la ligne médiane)2

5. Quel est votre traitement de première intention ? (15)

- Hospitalisation.....2
- Traitement antitoxoplasmique d'attaque.....2
- Malocid"/Pyriméthamine (100 mg/jour per os)2
- Adiazine*/Sulfadiazine (4 à 6 g/jour per os)2
- Folates : acide folinique 10 mg/jour per os2
- Arrêt de l'AZT pendant cette période (et des traitements de fond hématotoxiques)1
- Pas de traitement spécifique de l'œdème cérébral (ici mineur)NC
- Alcalinisation des urines et bonne diurèse (crystallurie à la sulfadiazine)2
- Surveillance (oubli = 0)2

6. L'évolution est malheureusement défavorable avec extension de la lésion sur 15 jours, et apparition d'un syndrome d'hypertension intracrânienne. Quel est le diagnostic précis le plus probable? Quel en est le pronostic ? (15)

- Lymphome cérébral.....9
- Primitif (par argument de fréquence)2
- De type B (par argument de fréquence)2
- Très mauvais pronostic (environ 100 % de mortalité à un an)2

7. Quel est le traitement de choix de l'hypertension intra-crânienne dans ce contexte ? Pourquoi ? (10)

- Corticoïdes.....5
- Action tumoricide sur les lymphocytes B tumoraux.....5

DOSSIER N°26: Une femme de 30 ans fait de la gymnastique en pleine nuit

Madame X, 30 ans, est amenée aux urgences par son mari. Depuis trois semaines, elle est devenue "impossible à vivre". Elle s'est mise à tout déménager dans l'appartement, refaire la peinture, et a acheté des nouveaux meubles. Elle ne dort presque plus, fait de la gymnastique en pleine nuit. Elle travaille comme secrétaire de direction. Hier au bureau lors d'une réunion de travail, suite à des plaisanteries de ses collègues, elle a fait un strip tease qui a beaucoup choqué son patron.

En arrivant aux urgences, elle s'est adressée à un infirmier en disant : "Salut docteur Knock, vieux schnock", et depuis ne cesse de bouger, de discuter avec tous les patients, ne s'exprimant que par calembours. Elle dit se sentir en pleine forme et ne comprend pas pourquoi son mari l'a amenée à l'hôpital. On retrouve dans ses antécédents une dépression ayant duré trois jours à la naissance de son troisième enfant. Elle ne prend aucun médicament.

L'examen clinique est normal en dehors des réflexes ostéotendineux qui sont vifs.

1. Analyse sémiologique de cette observation
2. Quel est le diagnostic le plus probable ?
3. Pourquoi faut-il hospitaliser la malade ? Selon quelles modalités le ferez-vous ? (sans détailler)
4. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
5. Principes de la prise en charge des 24 premières heures
6. Que pensez-vous de l'antécédent dépressif ?

DOSSIER N°26

1. Analyse sémiologique de cette observation (20)

• Anosognosie (amenée par son mari, se sent en pleine forme...)	2
• Apparition progressive (sur trois semaines)	2
• Excitation motrice : hyperactivité (gymnastique en pleine nuit, déménagement tout)	3
• Exaltation de l'humeur (se sent en pleine forme, fait des plaisanteries)	3
• Achats inconsidérés	2
• Excitation psychique : tachypsychie (calembours), logorrhée	3
• Retentissement somatique : insomnie	2
• Sentiment d'élation (en pleine forme)	1
• Relachement des censures morales : débordement instinctuel (strip tease)	2

NB : La psychose maniaco-dépressive est deux fois plus fréquente chez les femmes

j 2 Quel est le diagnostic le plus probable ? (10)

• Accès maniaque aigu (ou manie franche aiguë)	10
--	----

3. Pourquoi faut-il hospitaliser la malade ? Selon quelles modalités le ferez-vous ? (sans détailler) (20)

• Éliminer l'organocité	2
• Risque de complications à très court terme	2
• Retentissement sur les intérêts financiers, sociaux, professionnels	2
• Déshydratation aiguë	2
• Exposition à l'agressivité de l'entourage (caustique, ironique, agitée)	2
• Modalités	
- hospitalisation libre si possible	5
- hospitalisation à la demande d'un tiers si nécessaire	5

4. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (20)

• Glycémie	4
• Ionogramme urée créatinine	4
• Hématocrite	4
• Recherche de toxiques et alcoolémie	4
• Scanner cérébral sans et avec injection (hors contre-indications)	4

5. Principes de la prise en charge des 24 premières heures (20)

• Hospitalisation	NC
• Rééquilibration hydroélectrolytique per os ou IV	4
• Chimiothérapie	2
• Neuroleptiques	2
• Antiproductif : Halopéridol/Haldol*	2
• Sédatif : Chlorpromazine/Largactil*	2
• Intramusculaires	2
• Psychothérapie de soutien	2
• Sauvegarde de justice	2
• Surveillance tolérance et efficacité	2

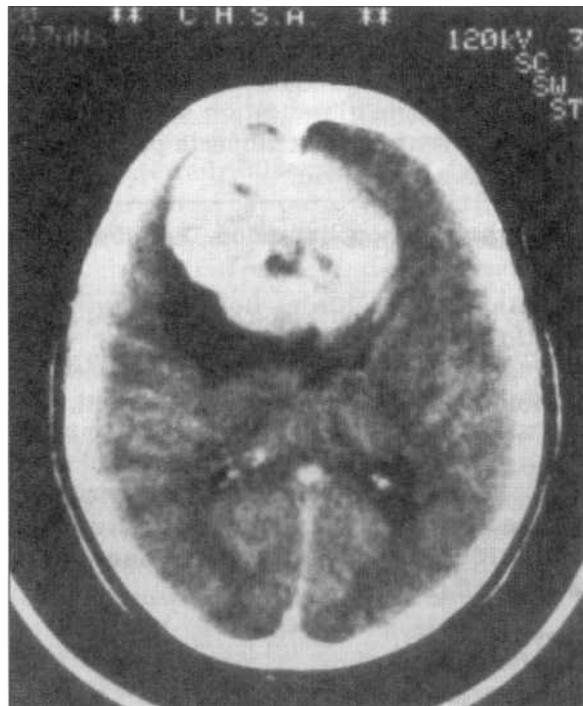
6. Que pensez-vous de l'antécédent dépressif ? (10)

- Post partum blues probable5
- Ne permet pas d'affirmer la caractère bipolaire de cette pathologie5

DOSSIER N027: Une femme de 45 ans chute sur la voie publique

Une femme de 45 ans sans antécédent particulier est amenée aux urgences pour chute sur la voie publique. A l'interrogatoire, vous apprenez qu'elle a d'abord senti ses jambes trembler et s'animer de mouvements désordonnés qui l'ont fait chuter, puis ses bras ont fait de même, puis elle a perdu connaissance. Elle s'est réveillée dans le camion des pompiers. Elle avait uriné pendant la perte de connaissance. Depuis quelques temps, elle avait remarqué une faiblesse de ses jambes, qui l'empêchait de marcher plus de 100 mètres d'affilée. Elle devait alors s'arrêter et se reposer quelques minutes avant de redémarrer pour 100 nouveaux mètres. De plus, elle avait souvent ces derniers jours des céphalées postérieures le matin au réveil. A l'examen, elle est consciente et bien orientée, apyrétique, sa tension artérielle est à 165/95 mmHg, sa fréquence cardiaque à 54/minute. Il existe un déficit moteur des deux membres inférieurs, prédominant sur les muscles extenseurs, la sensibilité est normale, les réflexes ostéotendineux sont vifs aux 4 membres, les rotuliens et les achilléens sont diffusés et polycinétiques, il existe un signe de Hofmann bilatéral, ainsi qu'un signe de Babinski bilatéral. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis. L'inspection de la cavité buccale est normale. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation.
2. Quel est votre diagnostic topographique pour la ou les lésion(s) responsable(s) ?
3. Vous allez envoyer la patiente passer un scanner cérébral en urgence. Avec quelle(s) précaution(s) ?
4. Le scanner est fourni à votre interprétation.
5. Une artériographie va être pratiquée en hospitalisation. Dans deux buts principaux. Lesquels ?
6. Malheureusement, quelques jours plus tard, la patiente présente une altération de la conscience, de fortes céphalées, et quelques vomissements en jet. Quel traitement symptomatique allez-vous instituer ?



Q4 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°27

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation. (15)

• Crise comitiale	3
- partielle (point de départ : deux membres inférieurs)	2
- secondairement généralisée	3
• Claudication intermittente des membres inférieurs indolore, d'origine neurologique probable	3
• Hypertension intra-crânienne : céphalées postérieures matinales, HTA, bradycardie	2
• Syndrome pyramidal des quatre membres.....	2

2 Quel est votre diagnostic topographique pour la ou les lésion(s) responsable(s) ? (10)

• Central : car crise comitiale, et probable hypertension intra-crânienne	5
• Atteinte bilatérale des lobules paracentraux (ex : faux du cerveau)	5

3. Vous allez envoyer la patiente passer un scanner cérébral en urgence. Avec quelle(s) précaution(s) ? (15)

• Pose d'une voie d'abord veineuse	3
• Traitement anticomitial	5
• Ex : Clonazépam-Rivotril', intraveineux à la seringue électrique (1 mg IVL, puis 4 à 6 mg/24 heures)	5
• Surveillance (oubli = 0)	2

4. Le scanner est fourni à votre interprétation. (20)

• Hyperdensité	4
• De la ligne médiane, frontale haute, faux du cerveau.....	4
• Arrondie, régulière	2
• Avec calcifications	2
• Prise de contraste globalement homogène (à comparer avec le cliché sans injection)	NC
• Mais avec une zone centrale hypodense de nécrose tumorale.....	4
• CFdème cérébral modéré en regard	4

5. Une artériographie va être pratiquée en hospitali abon. Dans deux buts principaux. Lesquels ? (20)

• Argument pour un méningiome :	5
-vascularisé par une branche de la carotide externe (souvent associée à une vascularisation par la carotide interne)	10
• Embolisation pré-opératoire (car tumeur très vascularisée)	5

6. Malheureusement, quelques jours plus tard, la patiente présente une altération de la conscience, de fortes céphalées, et quelques vomissements en jet. Quel traitement symptomatique allez-vous instituer ? (20)

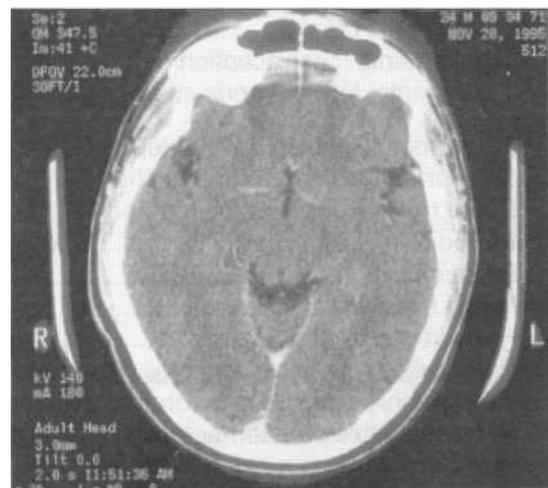
• Repos au lit en position demi assise.....	2
• Restriction hydrique	2
• A jeun et sonde gastrique	2
• Pose d'une voie d'abord veineuse.....	NC
• Diurèse osmotique.....	2
• Exemple : Mannitol* à 20 % (réchauffé)	2
• 100 ml IV à la seringue électrique en 1 heure répété 4 à 6 fois par 24 heures	2

- Ou : Glycérotone* (glycérol) per os (dans la sonde gastrique sinon 0) : 2 grammes/kilo/jour..... 4
- Corticothérapie2
- Exemple : Solumédrol* (méthylprednisolone) : 2 mg/kilo/jour IV2
- Avec mesures associées à la corticothérapie (si non citées : 0) dont protection gastrique et régime
désodé.....NC
- Nursing.....2
- Surveillance (oubli = 0)2

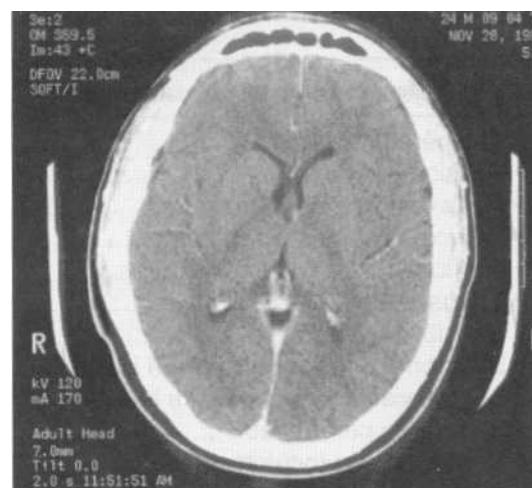
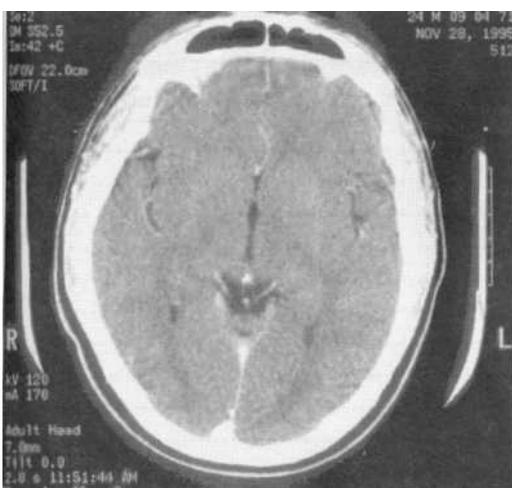
DOSSIER N°28: Céphalées paroxystiques chroniques

Mlle B, 20 ans, consulte en neurologie pour céphalées paroxystiques chroniques, durant entre 6 et 24 heures, se reproduisant une fois par semaine depuis la puberté.

1. Quelles sont les principales causes de céphalées paroxystiques chroniques ?
2. Détaillez votre interrogatoire.
3. Détaillez votre examen clinique.
4. L'examen clinique est strictement normal, et vous vous orientez vers des migraines communes hebdomadaires. Allez-vous prescrire un scanner cérébral ? Justifiez.
5. Interprétez l'iconographie.
6. Quel(s) traitement(s) pouvez vous prescrire en cas de crise ?
7. Dans l'éventualité de la prescription d'un traitement de fond, quels sont les produits à votre disposition ?



Q5 : TDM cérébral avec injection



DOSSIER N°28

1. Quelles sont les principales causes de céphalées paroxystiques chroniques? (15)

• Migraine	5
• Algie vasculaire de la face.....	1
• Névralgie faciale essentielle	1
• Hypoglycémies	1
• Intoxication au CO	1
• Syndrome des hémicrânes paroxystiques chroniques.....	NC
• Anomalie vasculaire (malformations artério-veineuses essentiellement)	1
• Tumeur du troisième ventricule	1
• Troubles de réfraction.....	1
• Sinusites chroniques (frontale, sphénoïdale)	
• Syndrome de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire	1
• Granulome apical dentaire	1

2 Décrivez votre interrogatoire (20)

• Antécédents	
- familiaux (migraine)	1
- migraine, algie vasculaire de la face, névralgie essentielle	1
- traumatisme crânien	1
• Médicaments (contraception orale)	1
• Traitements déjà entrepris et leur efficacité.....	1
• Prodromes (troubles de l'humeur)	1
• Facteur déclenchant (zone gachette...)	1
• Début matinal/vesperal/post prandial	1
• Périodicité	1
• Fréquence.....	1
• Heure fixe dans la journée.....	1
• Rapport aux règles	1
• Paresthésies, type de douleurs (étau...)	1
• Topographie douloureuse (branches du V)	1
• Hémicrânie fixe ou alternante	1
• Pulsatile ou non	1
• Marche migraineuse	1
• Troubles digestifs (nausées, vomissements)	1
• Troubles neurologiques	1
• <u>Phonophotophobie</u>	1

3. Décrivez votre examen clinique. (15)

• Température	1
• Tension artérielle.....	1
• Réflexes ostéotendineux	1
• Réflexes cutanés plantaires	1
• Motricité.....	1
• Tonus	NC
• Sensibilité.....	1
• Syndrome de Claude Bernard Horner.....	1
• Champ visuel : hémianopsie latérale homonyme	1
• Syndrome cérébelleux	1
• Nerfs crâniens (oculomotricité)	1
• Syndrome méningé.....	1
• Sinus : points sinusiens.....	1
• Examen endobuccal : tumeurs, zone gachette, état dentaire	1

- Articulé dentaire1
- Réfraction (acuité visuelle)1

4. L'examen clinique est strictement normal, et vous vous orientez vers des migraines communes hebdomadaires. Allez-vous prescrire un scanner cérébral ? Justifiez (10)

- OUI.....4
- Recherche de séquelles d'infarctus migraineuxNC
- Certaines anomalies focales peuvent mimer une migraine2
- Exemples
 - malformations artério-veineuses (anevrysmes artérioveineux/angiomes)2
 - tumeurs du troisième ventricule.....2

5. Interprétez l'iconographie (7)

- Scanner cérébral normal7

6. Quel(s) traitement(s) pouvez vous prescrire en cas de crise? (15)

- Aspirine (ou autre AINS) seule ou associée au métoclopramide/Primpéran'5
- Tartrate d'ergotamine (ex : Gynergène caféiné")5
- Sumatriptan5
- Hors contreindications (oubli = 0)NC
- Avec certaines précautions d'emploi (ex : gastroprotection si aspirine, respect de la dose maximale quotidienne et hebdomadaire avec les dérivés de l'ergot de seigle)NC

7. Dans l'éventualité de la prescription d'un traitement de fond, quels sont les produits à votre disposition ? (18)

- Méthysergide/Desernil' : dérivé de l'ergot de seigle : antisérotonine.....2
- Pizotifène/Sanmigran` : tricyclique2
- Amitriptyline/Laroxyl` : tricyclique2
- Propranolol/Avlocardyl' : bêtabloquants2
- Vérapamil/Isoptine* : inhibiteur calcique.....2
- Flunarizine/Sibelium" : inhibiteur calcique.....2
- Oxérotone/Nocertone` : neuroleptique, antihistaminique H1.....2
- Indoramine/Vidora" : antisérotonine, antihistaminique HI, alphabloquant2
- Dihydroergotamine per os : (n'est pas un traitement de fond de la migraine pour certains neurologues) .2

DOSSIER N° 29: A propos des neuroleptiques

M. G, 36 ans, est traité par Largactil/Chlorpromazine et Haldol/Halopéridol intraveineux depuis 24 heures pour traitement d'une bouffée délirante aiguë.

1. Quelles sont les contre-indications principales à l'utilisation de ces produits ?
2. Il n'existe aucune contre-indication. A la 24e heure apparaissent un torticolis, une hypertonie des membres, et des crises oculogyres. La température est normale, ainsi que le reste de l'examen clinique. Quel est votre diagnostic ?
3. Comment modifiez-vous votre thérapeutique ?
4. Au bout de quelques temps, l'évolution étant favorable, M. G est mis sous neuroleptiques retard. Quels sont les principaux effets secondaires à craindre ?
5. Un matin, M. G est retrouvé par sa compagne avec une température à 39,2°, une désorientation temporo-spatiale, une hypertonie importante extrapyramidale et des sueurs généralisées. Quel est le premier diagnostic à envisager ?
6. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
7. Le diagnostic suspecté se confirme. Quel est maintenant votre traitement ?

DOSSIER N°29

1. Quelles sont les contre-indications principales à l'utilisation de ces produits ? (15)

• Glaucome par fermeture de l'angle iridocornéen (pour les anticholinergiques)	3
• Adénome de prostate (pour les anticholinergiques)	3
• Epilepsie	3
• Maladie de Parkinson.....	2
• Insuffisance hépatique	2
• Cardiopathie, coronaropathie	2
• Phéochromocytome (pour les benzamides)	NC
• Porphyrurie aiguë intermittente	NC
• Grossesse.....	NC
• Vieillard	NC

2 Il n'existe aucune contre-indication. A la 24^e heure apparaissent un torticolis, une hypertonie des membres, et des crises oculogyres. La température est normale, ainsi que le reste de l'examen clinique. Quel est votre diagnostic ? (10)

• Dyskinésie aiguë à type d'accès d'hypertonie.....	10
---	----

NB : Il existe d'autres types de dyskinésie aiguë : akathisie, accès d'hyperkinésie

3. Comment modifiez vous votre thérapeutique? (15)

• Rassurer le patient.....	NC
• Antiparkinsoniens anticholinergiques	4
• Lepticur*/Tropatépine IM (1 ampoule = 10 mg)	4
• Akinéton retard/Bipéridène ou Lepticur' comprimés en relais par la suite	4
• Surveillance (oubli = 0)	3

4. Au bout de quelques temps, l'évolution étant favorable, M. G est mis sous neuroleptiques retard. Quels sont les principaux effets secondaires à craindre ? (15)

• Nausées, vomissements.....	NC
• Dyskinésies tardives (oubli = 0)	2
• Syndrome parkinsonien des neuroleptiques (oubli = 0)	2
• Syndrome malin des neuroleptiques	2
• Syndrome hyperkinétique	1
• Crises comitiales.....	1
• Syndrome confusionnel.....	NC
• Syndrome d'indifférence.....	NC
• Syndrome anticholinergique	
- sécheresse buccale (et caries par hyposialie)	1
- constipation	1
- troubles de l'accommodation visuelle.....	1
- rétention d'urine	1
- hypotension artérielle	1
• Hyperprolactinémie	1
• Prise de poids	1
• Baisse de la libido, impuissance, frigidité	NC
• Photosensibilisation	NC
• Ictère cholestatique	NC
• Dysrégulation thermique (hypothermie, hyperthermie)	NC
• Troubles cardiaques : allongement du QT.....	NC

5. Un matin, M. G est retrouvé par sa compagne avec une température à 39,2°, une désorientation temporo-spatiale, une hypertonie importante extrapyramidale et des sueurs généralisées. Quel est le premier diagnostic à envisager ? (10)

- Syndrome malin des neuroleptiques10

6. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (15)

- Enzymes musculaires : CPK, myoglobine, ASAT, LDH, aldolase.....3
- NFS : hyperleucopolynucléose.....3
- Ionogramme avec urée, créatinine sanguin et urinaire : déshydratation, insuffisance rénale aiguë fonctionnelle.....3
- Gazométrie artérielle : acidose métabolique3
- Bilan phosphocalcique : hypocalcémie, hyperphosphorémieNC
- Hémocultures et ECBU : diagnostic différentiel3

7. Le diagnostic suspecté se confirme. Quel est maintenant votre traitement ? (20)

- Hospitalisation en urgence en réanimation2
- Surveillance cardiotensionnelle continue (scope)2
- Arrêt du traitement neuroleptique (oubli = 0)3
- Réhydratation (insuffisance rénale)2
- Rééquilibration hydroélectrolytique (hyperkaliémie)2
- Dantrium'/Dantrolène IV3
- Parlodel*/Bromocriptine per os.....2
- Surveillance (oubli = 0)2
- Contre-indication future des neuroleptiques retard et des neuroleptiques de la même famille2

DOSSIER N°30: Un homme de 32 ans n'en peut plus

M. X, 32 ans, vient vous consulter parcequ'il n'en peut plus. Il explique : " Je me sens indigne, je ne peux plus travailler comme cadre commercial. J'ai toujours l'impression d'avoir fait une erreur dans mes comptes, alors je refais les opérations plusieurs fois de suite. En plus, j'ai toujours peur de mal agir avec les collègues. Il y a trois jours, j'ai oublié de dire bonjour à ma secrétaire. Je suis sûr qu'elle m'en a voulu, mais je ne savais pas comment me rattraper et j'y ai pensé toute la journée et toute la nuit. J'ai toujours l'impression d'oublier quelque chose ; quand je sors de chez moi, je me sens souvent obligé de remonter les escaliers pour vérifier que la porte est fermée. Je sais que c'est bête, mais je ne peux pas m'en empêcher. " En parlant, il déplace sa malette pour mieux l'aligner avec les pieds de la chaise. Il explique en rougissant : " Je ne peux pas supporter les objets mal rangés ".

1. Analyse sémiologique de cette observation.
2. Quel est le diagnostic ?
3. Quelle est la personnalité pathologique sous jacente chez ce patient ? Caractéristiques classiques.
4. Dans cette pathologie, quelles sont les principales indications d'hospitalisation ?
5. Quelle est la classe médicamenteuse la plus adaptée ?
6. Quels sont les autres moyens thérapeutiques à votre disposition ?

DOSSIER N°30

1. Analyse sémiologique de cette observation. (20)

- Trouble obsessionnel compulsif
 - obsessions idéatives (erreur arithmétique, objets bien rangés)4
 - compulsions (refait les comptes, vérifie que la porte est fermée, remet sa malette en place)4
 - rituel de vérification (de la porte)2
 - lutte anxieuse (ne peut pas s'en empêcher)2
 - conscience du trouble (consulte, je sais que c'est bête)2
- Personnalité psychasthénique
 - interprétation pathologique (la secrétaire m'en a voulu)2
 - rumination anxieuse (j'y ai pensé toute la journée et la nuit)2
 - tendance dépressive : Idées d'indignité, idées d'incapacité (ne peut plus travailler), de culpabilité (envers sa secrétaire)2

2 Quel est le diagnostic ? (10)

- Trouble obsessionnel compulsif.....10
- Nevrose obsessionnelle également acceptée10

3. Quelle est la personnalité pathologique sous jacente chez ce patient' ? Caractéristiques classiques (20)

- Psychasthénique :3
- Introspection anxieuse2
- Intellectualisation.....2
- Scrupules1
- Hésitations.....1
- Incapacité d'agir (pouvant mener à l'aboulie)2
- Inhibition affective (d'où hyposexualité)2
- Besoin de réassurance constante (d'où dépendance affective)2
- Sentiments de culpabilité2
- Meticulosité2
- Moralisme1

4• Dans cette pathologie, quelles sont les principales indications d'hospitalisation ? (20)

- Accès d'angoisse non maîtrisable (dont angoisse de dépersonnalisation)6
- Décompensation dépressive grave6
- Crise obsessionnelle sévère ou invalidante (plan affectif, social ou professionnel)8

5. Quelle est la famille médicamenteuse la plus adaptée? (10)

- Antidépresseurs10

6. Quels sont les autres moyens thérapeutiques à votre disposition? (20)

- Chimiothérapie :2
- anxiolytiques, ex : benzodiazépines en cure courte (si lutte anxieuse importante)2
- neuroleptiques sédatifs (si lutte anxieuse importante)2
- neuroleptiques antidéficitaires (si trait psychasthénique)2

• Psychothérapie :	2
-de soutien.....	2
-d'inspiration psychanalytique voire psychanalyse.....	2
• Thérapies cognitivocomportementales :	2
-immersion (flooding)	2
-désensibilisation progressive	2
-affirmation de soi (si psychasthénie)	NC

DOSSIER N°31 : Une hémiplégie

Madame B., 59 ans, est hospitalisée en neurologie pour hémiplégie droite prédominant au membre supérieur et aphasie de type Broca. Ce tableau est apparu brutalement ce matin lors de la toilette. Depuis une dizaine de jours, elle était fatiguée mais asymptomatique par ailleurs.

Elle est hypertendue depuis 5 ans, traitée par Coversyl®- Périndopril.

Elle est porteuse d'un prolapsus valvulaire mitral diagnostiqué il y a 30 ans devant des crises d'angoisse aiguë.

Il y a un mois et demi, elle a présenté une sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire traitée par antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Tension artérielle = 140/80 mmHg, pouls = 110/minute, température = 38,5°C.

On retrouve un click mésosystolique et un souffle mésotélésystolique 2/6° de la pointe.

L'auscultation pulmonaire est normale.

L'examen neurologique retrouve une hémiplégie droite de type flasque, prédominante au membre supérieur, avec déviation de la bouche du côté gauche. Hémi-anesthésie globale droite. Hémi-anopsie latérale homonyme droite. Il existe une aphasie de type Broca. Les réflexes ostéotendineux sont retrouvés de manière bilatérale, plus vifs à droite qu'à gauche, le réflexe cutané plantaire est indifférent à droite, en flexion à gauche. La bandelette urinaire ne retrouve pas de nitrites, pas de leucocytes, pas de protéines, mais deux croix d'hématies.

La NFS montre : 13 000 GB/mm³, dont 80 % de polynucléaires neutrophiles, Hb = 9,8 g/dl, VGM = 92 fl, plaquettes = 350 000/mm³.

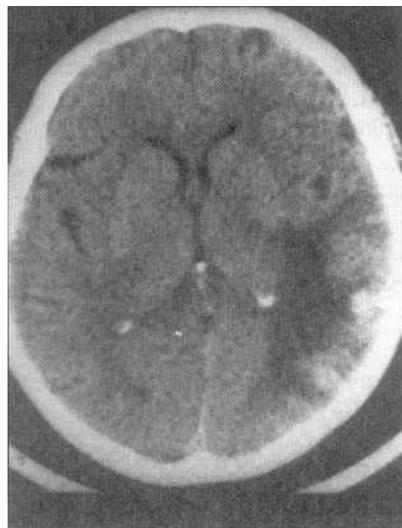
La VS est à 62 mm (H1).

L'ECG montre une tachycardie sinusale isolée.

La radiographie de thorax de face debout est normale.

Le scanner cérébral sans injection demandé en urgence est normal.

1. Quel est votre diagnostic complet ?
2. L'examen clinique aurait pu montrer d'autres signes en rapport avec la maladie qui a causé le tableau neurologique. Lesquels ?
3. Quels sont les premiers examens complémentaires à demander ?
4. Quel traitement allez-vous instaurer ?
5. Quelles complications sont à craindre chez Madame B. ?
6. Au quatrième jour, elle est apyrétique. Le scanner cérébral répété sans injection montre une hypodensité corticale limitée pariétale gauche. Mais au sixième jour, l'état clinique s'aggrave à nouveau, des céphalées sont apparues, et persistent en allant crescendo ; la température remonte à 38,5°C. Vous prescrivez un scanner cérébral sans injection qui est fourni à votre interprétation.



Q6 : TDM cérébral sans injection

DOSSIER N°31**1. Quel est votre diagnostic complet ? (15)**

- Accident vasculaire cérébralNC
- Sylvien superficiel gauche.....2
- Ischémique2
- D'origine embolique.....2
- A point de départ cardiaque2
- Sur endocardite oslérienne5
- Avec atteinte valvulaire mitrale.....2

2 L'examen clinique aurait pu montrer d'autres signes en rapport avec la maladie qui a causé le tableau neurologique. Lesquels ? (10)

- Splénomégalie.....2
- Erythème palmo-plantaire de Janeway.....2
- Purpura vasculaireNC
- Faux panaris d'Osler2
- Anévrismes mycotiques (auscultation et palpation de tous les axes artériels)2
- Fond d'œil : taches de Roth2
- Hippocratisme digital.....NC
- Arthrites immuno-allergiques.....NC

3. Quels sont les premiers examens complémentaires à demander ? (25)

- Hémocultures (oubli=zero)4
- Avant toute antibiothérapie.....2
- Multiples et répétées2
- Lors des pics fébriles ou des hypothermies ou des frissons2
- Milieux aéro anaérobie.....2
- Milieux spéciaux (streptocoques déficients)2
- Repiquages fréquents2
- Cultures prolongées1
- Echographie cardiaque avec Doppler (transthoracique et transcesophagienne si doute) (oubli=zero)4
- Recherche de porte d'entrée : (oubli=zero)NC
- Radio des sinus maxillaires (Blondeau)2
- Orthopantomogramme2
- Examens non spécifiques ou non urgents :NC
- NFS, VS, CRP, fibrinogène, complément (C3, C4, CH50), complexes immuns circulants, facteur rhumatoïde, cryoglobulineNC
- ionogramme sanguin et urinaire, avec créatinine, urée (clearance)NC
- ECBU, protéinurie des 24 heuresNC

4. Quel traitement allez-vous instaurer ? (25)

- Repos au litNC
- Antibiothérapie.....5
- Double1
- Synergique1
- Parentérale.....1
- Bactéricide.....1
- Probabiliste (adaptée aux germes fréquemment rencontrés : streptocoques surtout)1

- Secondairement adaptée au germe responsable et à l'antibiogramme1
- Débutée après les hémocultures (oubli = 0)2
- Exemple
 - Pénicilline G : (hors allergie) : 500 000 unités/kilo/jour, IVSE,5
 - pour 30 à 45 jours5
 - aminoside : Amikacine-Amiklinv : 15 mkj, en une perfusion d'une heure, pendant 15 jours 5
- Traitement de la porte d'entrée dentaire et/ou sinusienne (oubli = 0)2
- Traitement du déficit neurologique : nursing, kinésithérapie.....NC
- Surveillance (oubli = 0) clinique, biologique, échographique, tomodensitométrie..... NC

5. Quelles complications sont à craindre chez Mme B ? (15)

- Mortalité (globale = 20 %)3
- Récidives et rechutes.....2
- Insuffisance cardiaque2
 - Abscès cardiaques (septal, annulaires et sous annulaires...)2
 - Hémopéricarde, infarctus myocardique, péricarditeNC
 - Embolies périphériques (métastases infectieuses)2
 - Choc septique2
 - Rupture d'anévrismes mycotiques1
 - Néphropathies glomérulaires1
- Insuffisance rénale.....NC
 - Rupture splénique.....NC
 - Complication iatrogènes (médicaments utilisés, perfusions veineuses)NC

6. Au quatrième jour, elle est apyrétique. Le scanner cérébral répété sans injection montre une hypodensité corticale limitée pariétale gauche. Mais au sixième jour, l'état clinique s'aggrave à nouveau, des céphalées sont apparues, et persistent en allant crescendo; la température remonte à 38,5°C. Vous prescrivez un scanner cérébral sans injection qui est **fourni** à votre interprétation. (10)

- Hypodensité2
- Pariéto-temporale gauche2
- Entourant une hyperdensité spontanée corticale.....2
- Sans déplacement des structures médianes2
- Probable métastase septique.....2
- Ou nouvel AVC hémorragique beaucoup moins probable.....NC

DOSSIER N°32: Un banquier reste cloîtré chez lui

Monsieur X., 55 ans, est amené le 15 juin par sa femme en consultation car depuis quelques jours, il refuse de manger et reste cloîtré chez lui en se cachant pour regarder à la fenêtre. Il est banquier. Il explique "ça ne peut plus durer, je vois bien qu'il y a des clients pas ordinaires : ils me regardent par en dessous, n'arrêtent pas de chuchoter. C'est un coup des interdits de chéquier, ils complotent pour se venger et me tuer. Je l'avais repérée, le 8 septembre, la femme qui est restée debout devant mon bureau sans s'asseoir, elle devait repérer les lieux pour qu'ils viennent m'attaquer au travail ; d'ailleurs elle notait des phrases sur son journal. Mais j'ai changé de bureau à temps. Il y a un mois, j'ai même reçu un coup de téléphone anonyme ; on demandait un certain Robert. C'est clair. Tout concorde. Ce sont mes derniers jours. Mais il faut que je me défende, je ne les laisserai pas facilement avoir ma peau, il va y avoir de la bagarre !"

Se tournant vers sa femme, il lui dit : "Oh, ne fais pas l'innocente ! Toi aussi, tu fais partie du complot : j'ai bien vu que tu discutais avec eux. Je sais bien qu'ils t'ont demandé de m'empoisonner ! Mais je te surveille et je ne mangerai plus rien."

1. Analyse sémiologique.
2. Quel diagnostic évoquez-vous ?
3. On retrouve parfois chez ce type de patient une personnalité prémorbide particulière. Laquelle ? Quels en sont les caractéristiques ?
4. Vous décidez d'hospitaliser ce patient. Selon quelles modalités ? (Détaillez les deux possibilités)
5. Principes du traitement en urgence.

DOSSIER N°32**1. Analyse sémiologique. (20)**

• Terrain	
- homme	1
- d'âge mur : après la quarantaine.....	2
• Anosognosie (amené par sa femme)	1
• Idées délirantes.....	2
• Chroniques (depuis le 8 septembre dernier au moins)	2
• En réseau (les interdits de chéquier d'abord, maintenant sa femme est intégrée dans le délire)	2
• Mécanisme interprétatif et intuitif	2
• Thème de persécution.....	2
• Participation affective importante (refus d'alimentation, des sorties, se cache)	2
• Adaptation sociale longtemps conservée.....	1
• Risque hétéro-agressif (ça ne peut plus durer, il faut que je me défende, il va y avoir de la bagarre)	2
• Persécuteurs désignés (complot entre les interdits de chéquiers et sa femme)	1

2. Quel diagnostic évoquez-vous ? (20)

• Délire paranoïaque.....	10
• D'interprétation	8
• De Sérieux et Capgras.....	2

3. On retrouve parfois chez ce type de patient une personnalité prémorbide particulière. Laquelle ? Quels en sont les caractéristiques ? (20)

• Personnalité paranoïaque	4
• Hypertrophie du Moi (orgueil, mégalomanie, égocentrisme)	8
• Méfiance.....	2
• Autoritarisme.....	2
• Fausseté du jugement.....	2
• Rigidité.....	2

NB : La personnalité sensitive (psychasthénie, sensibilité, susceptibilité, tendance dépressive, méfiance, culpabilité, timidité, scrupulosité, vulnérabilité) est une forme clinique de personnalité paranoïaque qui prédispose au délire de relation de Kreitsmer.

4• Vous décidez d' hospitaliser ce patient. Selon quelles modalités ? (Détaillez les deux possibilités) (20)

• En urgence.....	6
• Hospitalisation d'office.....	2

• Deux possibilités

- selon l'article L342 (code de santé publique) : nécessite un certificat médical circonstancié par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.....	4
- arrêté prononcé par le préfet de police au vu de ce certificat	2
- et dans les 24 premières heures un autre certificat par un psychiatre de l'établissement d'accueil est envoyé au préfet par le directeur d'établissement	2
- selon l'article L343 : En cas de danger imminent (sûreté des personnes) attesté par un médecin ou par la notoriété publique (maire, commissaires de police à Paris) : prise de mesures provisoires pour 24 heures en attendant l'hospitalisation d'office prononcée par le préfet	4

NB : L'HDT est contre-indiquée chez les délirants paranoïaques car elle expose le signataire à des représailles du malade.

5. Principes du traitement en urgence. (20)

- Hospitalisation d'office2
- Chimiothérapie4
- Neuroleptiques4
- Intramusculaires au début (surtout si refus de soins)2
- Antiproductif : ex : Halopéridol/Haldol®2
- Et sédatif : ex : Chlorpromazine/Largactil®2
- Psychothérapie commencée dès que possible2
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance (dépistage et correction des effets secondaires)2

DOSSIER N°33: Une veuve est traitée de salope par son voisinage

Madame C., 54 ans, veuve depuis un an, est amenée aux urgences par sa fille. Depuis une semaine, elle restait cloîtrée chez elle, ne voulant plus voir personne. Mais sa fille dit que depuis six mois déjà, elle était "bizarre, méfiante".

Madame C. est calme, semblant absorbée par ses pensées. Elle explique : "C'est intolérable, dans l'immeuble, tout le monde m'en veut : je reçois des ondes dans tout le corps qu'ils m'envoient à travers les murs pour m'électrocuter ; ils ne me laissent plus penser tranquille, ils me parlent tout le temps, me traitent de salope. Je n'ose plus sortir, je sais qu'ils devinent toutes mes pensées. Ils m'en veulent de ne pas être morte à la place de mon mari. C'est vrai, il vaudrait mieux que je meure, maintenant la vie est insupportable". Madame C. éclate en sanglots.

L'examen clinique est normal.

1. Quel diagnostic principal évoquez-vous ? Quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) associé(s) ? Justifiez.
2. Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer de principe ?
3. Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Si oui lesquels ? Si non, pourquoi ?
4. Quelles sont les personnes particulièrement exposées à cette pathologie ?
5. La patiente est hospitalisée et traitée par Haldol®/Halopéridol (30 mg/jour intramusculaire avec relais per os au septième jour) et Nozinan®/Lévomépromazine (per os 50 mg le soir), associés à Anafrani®/Clomipramine (per os, 150 mg/j), une psychothérapie de soutien est débutée les premiers jours. A la fin du premier mois, la patiente est convaincue de s'être trompée, d'avoir en réalité un voisinage charmant, elle critique son délire, est de bonne humeur et élabore des projets d'avenir. Aucun effet secondaire gênant du traitement utilisé, pas de prescription systématique de correcteurs. Que pensez-vous de cette évolution ? Modifiez-vous le traitement ? Si oui, selon quels principes ? Si non, justifiez.

DOSSIER N°33

1. Quel diagnostic principal évoquez-vous ? Que(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) associé(s) ? Justifiez. (20)

• Psychose hallucinatoire chronique.....	4
• Associée à une dépression (secondaire)	4
• Femme	1
• Plus de 40 ans	1
• Délire chronique non dissociatif (au moins six mois d'ancienneté)	1
• Thème de persécution et syndrome d'influence (devinement et commandement de la pensée)	1
• Mécanismes prédominants : hallucinations cénesthésiques (ondes) et acoustico-verbales, automatisme mental.....	NC
• Systématisation en secteur (pauvre)	3
• Participation affective forte (Madame C. s'est cloîtrée)	1
• Dépression secondaire au délire : apparition après plusieurs mois de délire chronique	1
• Auto-dévalorisation	1
• Tristesse de l'humeur.....	1
• Idées suicidaires.....	1

2 Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer de principe? (20)

• Tumeur cérébrale	5
• Démence débutante non tumorale	5
• Intoxication chronique (alcoolisme chronique, médicaments, drogues)	5
• Mélancolie délirante	5
• Délire paranoïaque des sensitifs.....	NC
• Schizophrénie paranoïde : mais début trop tardif, pas de dissociation	NC

3. Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Si oui lesquels ? Si non, pourquoi ? (10)

• OUI	1
• Scanner cérébral sans et avec injection (hors contre-indication)	6
• Ionogramme urée créatinine	1
• Glycémie.....	1
• Examen ophtalmologique (recherche angle iridocornéen étroit : pré-thérapeutique pour anti-cholinergiques)	1

4. Quelles sont les personnes particulièrement exposées à cette pathologie? (20)

• Femmes ménopausées	5
• Personnalité sensitive	5
• Isolement social.....	5
• Alcooliques chroniques.....	5

5. La patiente est hospitalisée et traitée par Haldol®/Halopéridol (30 mg/Jour intramusculaire avec relais per os au septième jour) et Nozinan®/Lévomépromazine (per os 50 mg le soir), associés à l'Anatranil®/Clomipramine (per os, 150 mg), une psychothérapie de soutien est débutée les premiers jours. A la fin du premier mois, la patiente est convaincue de s'être trompée, d'avoir en réalité un voisinage charriant, elle critique son délire, est de bonne humeur et élabore des projets d'avenir. Aucun effet secondaire gênant du traitement utilisé, pas de prescription systématique de correcteurs. Que pensez-vous de cette évolution ? Modifiez-vous le traitement ? Si oui, selon quels principes ? Si non, justifiez....(30)

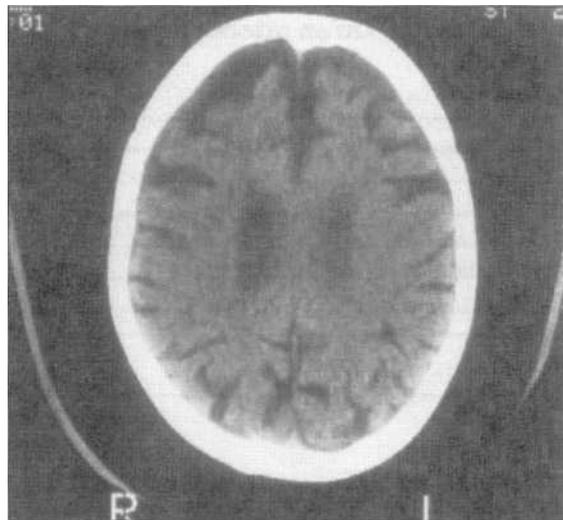
- Evolution favorable vers la guérison5
- OUI, on modifie le traitement5
- Allègement du traitement neuroleptique : monothérapie, voire arrêt progressif des neuroleptiques 5
- Si maintien des neuroleptiques : discuter le passage à la forme retard (ex : Haldol décanoase) ou une faible posologie quotidienne (dose minimale efficace)5
- Diminution de la posologie d'antidépresseur tricyclique (dose minimale efficace)5
- Sortie de l'hôpital à prévoir et surveillance régulière en consultation.....5

DOSSIER N°34: Des troubles de mémoire chez un médecin de 52 ans

Monsieur P., 52 ans, consulte en neurologie pour troubles de mémoire, amené par sa femme. Depuis deux mois, il a suspendu son activité professionnelle (médecin libéral) pour asthénie. Il reste assis devant la télévision toute la journée. Il est également dépourvu de toute retenue depuis quelques semaines, et n'hésite pas à dire à son entourage des vérités gênantes. Il mange des quantités impressionnantes à table, ce qui n'est pas son habitude. Il devient très "terre à terre", ne comprenant plus du tout l'humour ou les subtilités, prenant tout au premier degré. Enfin, il oublie au fur et à mesure tout ce qu'on lui dit. Sa vigilance est normale.

L'examen clinique retrouve un grasping bilatéral, des réflexes palmo et pollicomentonniers bilatéraux vifs, une absence de syndrome pyramidal ni extra-pyramidal. La force motrice et la sensibilité sont normales. Pas de syndrome cérébelleux, l'examen des paires crâniennes est normal en dehors d'un nystagmus horizontal des deux yeux dans les positions extrêmes du regard latéral externe. La marche est gênée par une tendance à la rétropulsion.

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation.
2. Quel diagnostic clinique évoquez-vous ? Quelles en sont les principales étiologies ?
3. Vous allez prescrire un scanner cérébral. Qu'en attendez-vous ?
4. Interprétez le scanner cérébral.
5. Quels autres examens complémentaires pourriez-vous prescrire pour étayer ce diagnostic ?



Q4 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°34

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation. (28)

• Apparition subaiguë et évolution chronique	2
• Stéréotypies verbales (répète la même phrase)	2
• Troubles mnésiques antérogrades retentissant sur la vie sociale et professionnelle	2
• Asthénie.....	2
• Ralentissement psychomoteur.....	2
• Apathie	2
• Levée des inhibitions (aucune retenue)	2
• Troubles de l'alimentation.....	2
• Troubles de l'abstraction, du raisonnement	2
• Réapparition des réflexes primaires.....	2
• Grasping bilatéral	2
• réflexes palmo et pollicomentonniers présents	2
• Troubles de la marche avec rétropulsion	2
• Pas de troubles de la vigilance	2

2 Quel diagnostic clinique évoquez-vous ? Quelles en sont les principales étiologies ? (26)

• Syndrome démentiel de type frontal	10
• Hydrocéphalie à pression normale.....	2
• Maladie de Pick.....	2
• Tumeur frontale	2
• Hématome sous dural	2
• AVC frontaux multiples	2
• Abscess frontal.....	2
• Maladie de Steele-Richardson-Olszewski.....	2
• Chorée de Huntington	2

3. Vous allez prescrire un scanner cérébral. Qu'en attendez-vous ? (14)

• Recherche	
- tumeur cérébrale	2
- abcès cérébral	2
- hématome sous dural	2
- séquelles d'AVC frontal	2
- dilatation ventriculaire.....	2
- atrophie cérébrale (corticale, sous corticale)	2
• Peut être normal.....	2

4. Interprétez le scanner cérébral. (12)

• Hypodensité frontale bilatérale.....	3
• Dilatation des sillons corticaux frontaux.....	3
• Elargissement de la scissure inter-hémisphérique.....	3
• Evocateur de maladie de Pick.....	3

5. Quels autres examens complémentaires pourriez-vous prescrire pour étayer ce diagnostic ?
(20)

• NFS normale	2
• VS normale.....	2
• Ionogramme, créatininémie, calcémie, glycémie : normales	2
• Folates, BI 2 : normaux	2
• TSH ultrasensible : normale	2
• Sérologie VIH : normale	3
• Sérologie TPHA VDRL : normale	3
• EEG : normal.....	2
• Ponction lombaire : normale.....	2

DOSSIER N°35: **Un trouble psychiatrique du post-partum**

Madame T., 24 ans, est hospitalisée aux suites de couches de la maternité au 3^e jour post partum. La sage femme vous appelle car la patiente est triste, prise de crises de larmes sans raison apparente, se plaint d'une grande faiblesse généralisée (elle pense que l'accouchement lui a fait perdre beaucoup trop de sang et qu'elle est sûrement très anémiée), elle répète également qu'elle est très constipée, qu'elle n'aurait jamais dû garder cette grossesse. "De toute manière, vous dit-elle, je suis complètement incapable de m'occuper de ma fille, je ne suis bonne à rien. Comment vais-je pouvoir m'en occuper ? J'ai peur ! Ca va être impossible ! C'est trop difficile ! ". Elle fond à nouveau en larmes.

L'accouchement s'est déroulé par voie basse, au terme d'un travail de 12 heures, à l'aide de forceps de Tarnier pour efforts expulsifs inefficaces. Il y a eu une hémorragie de la délivrance jugulée par une révision utérine. Cette première grossesse s'était déroulé tout à fait normalement. L'examen clinique est entièrement normal.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Sur quels arguments ?
3. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ?
4. Madame T. reste hospitalisée en suites de couches en raison d'une pyélonéphrite droite. Le neuvième jour, alors que son humeur était restée assez triste, elle se réveille en pleine forme, de bonne humeur, blaguant avec les infirmières et se préoccupant de son maquillage. Mais quelques heures plus tard, elle est rattrapée par le personnel dans les couloirs, tenant son bébé par les pieds, et hurlant "C'est l'enfant du démon ! Ce n'est pas ma fille ! Les services secrets veulent l'enlever ! Il est en danger ! ". Elle s'assoit par terre et pleure, en criant "ce n'est pas juste de tuer des bébés phoques comme vous le faites ici ! Attention les bébés phoques ! " Quel est votre diagnostic ?
5. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie ?
6. Quels sont les principes de votre traitement ?

DOSSIER N°35

1. Quel est votre diagnostic ? (15)

- Post partum blues (ou "syndrome du troisième jour")15

2 Sur quels arguments ? (15)

- Apparition au troisième jour.....3
- Tristesse (crise de larmes, "bonne à rien")3
- Anxiété (comment vais-je pouvoir m'en occuper ? Ca va être impossible ! J'ai peur !)3
- Plaintes hypochondriaques (très anémiée, très constipée...)3
- Sentiment d'incapacité à s'occuper de sa fille.....3

3. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ? (15)

- Favorable en quelques jours.....6
- Dans 90 % des cas, fin en moins d'une semaine.....3
- Annonce parfois une psychose puerpérale.....3
- Peut récidiver aux grossesses suivantes.....3

4L Madame T. reste hospitalisée en suites de couches en raison d'une pyélonéphrite droite. Le neuvième jour, alors que son humeur était restée assez triste, elle se réveille en pleine forme, de bonne humeur, blaguant avec les infirmières et se préoccupant de son maquillage. Mais quelques heures plus tard, elle est rattrapée par le personnel dans les couloirs, tenant son bébé par les pieds, et hurlant "C'est renfant du démon! Ce n'est pas ma fille! Les services secrets veulent l'enlever! Il est en danger! ". Elle s'assoit par terre et pleure, en criant "ce n'est pas juste de tuer des bébés phoques comme vous le faites ici! Attention les bébés phoques! " Quel est votre diagnostic ? (14)

- Psychose puerpérale.....14

5. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie ? (21)

- Âge supérieur à 30 ans.....3
- Conditions socio-économiques défavorisées.....3
- Antécédent familial de schizophrénie, de psychose puerpérale3
- Antécédent personnel de bouffée délirante aiguë, personnalité border line ou psychopathique3
- Absence de psychoprophylaxie obstétricale (préparation à l'accouchement)3
- Accouchement difficile (travail long, forceps)3
- Complications obstétricales (ici hémorragie de la délivrance)3

6. Quels sont les principes de votre traitement? (20)

- Hospitalisation de la mère en psychiatrie (hospitalisation à la demande d'un tiers si nécessaire)4
- Séparation mère et enfant (prévention de gestes hétéro-agressifs) : nourrisson en pédiatrie 4
- Organisation de visites mère/enfant.....2
- Sismothérapie.....4
- Plus ou moins associée à une chimiothérapie par neuroleptiques2
- Arrêt de l'allaitement (Bromocriptine/Parlodel®) (car séparation dans un premier temps puis traitement neuroleptique)2
- Prise en charge de la relation mère enfant par la suite (aide psychothérapique)NC
- Préparation à une prochaine grossesse (qui devra être un peu espacée)NC
- Surveillance de la mère et de l'enfant (oubli = 0)2

DOSSIER N°36: Un jeune de 20 ans consulte pour troubles du comportement

Yves, 20 ans, est amené en consultation par sa mère qui le trouve bizarre depuis quelques mois.

Après une scolarité brillante, il vient de rater son bac pour la 2^e fois (il ne s'est pas présenté aux épreuves). Il est renfermé, ne voit plus ses amis, et semble indifférent à tout : il n'a même pas voulu parler à sa sœur aînée au moment de son accouchement. Il reste des heures dans sa chambre sans bouger ou à se regarder dans la glace.

Pendant l'entretien, son attitude est froide, réservée ; il semble méfiant, s'arrêtant parfois de parler pour regarder autour de lui ou écouter. Il explique "je me cherche, on m'a volé ma tête, je ne suis plus maître de moi. Ils commandent mes pensées. Ils veulent que je me détruise, mais je saurai transcender la force". Il s'arrête alors de parler pour demander à sa mère : "pourquoi as-tu mis ta robe bleue ?" L'examen clinique est normal.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
2. Justifiez par une analyse sémiologique du texte
3. Faut-il hospitaliser ce patient ? Pourquoi ?
4. Principes thérapeutiques
5. Quelles sont les évolutions classiques de cette maladie ?

DOSSIER N°36

1. Quel est le diagnostic le plus probable? (10)

- Schizophrénie paranoïde8
- Débutante2

2 Justifiez par une analyse sémiologique du texte (35)

- Terrain
 - homme.....1
 - jeune1
- Pathologie chronique2
- Signes dissociatifs :2
 - troubles du cours de la pensée :2
 - barrage2
 - discours diffluent.....2
 - dépersonnalisation "je me cherche"2
 - angoisse de morcellement "on m'a volé ma tête"2
 - dysmorphophobie "se regarde dans la glace pendant des heures".....2
- Signes déficitaires :2
 - détérioration scolaire1
 - détérioration des relations sociales1
 - détachement affectif/ athymormie1
 - avec repli autistique.....1
- Délire paranoïde :2
 - bizarrerie.....1
 - incohérent.....1
 - intuitions (mécanisme)1
 - hallucinations auditives (mécanisme)1
 - automatisme mental (mécanisme)1
 - thème : influence, persécution.....1
 - méfiance1
 - adhésion au délire totale1
- Anosognosie (amené en consultation par sa mère)1

3. Faut-il hospitaliser ce patient ? Pourquoi ? (20)

- OUI10
- Probable schizophrénie.....2
- Nécessitant un traitement neuroleptique2
- L'hospitalisation permet un bilan somatique (éliminer l'organicité) (oubli = 0)2
- Risque d'auto-agressivité2
- Risque d'hétéro-agressivité.....2

4. Principes thérapeutiques (15)

- Chimiothérapie (oubli = 0)1
- Traitement neuroleptique.....1
- D'attaque d'abord.1
- Bithérapie1
- Ex : antiproductif : Halopéridol/Haldol®.....1

- Ex : sédatif : Chlorpromazine/Largactil®1
- Intramusculaire au début si refus de traitement per os.....1
- Puis traitement d'entretien.....1
- Neuroleptique retard (ou une prise orale par jour)1
- A dose minimum efficace2
- 'Psychothérapie de soutien, parfois de groupe ou familiale (oubli = 0)2
- 'Sociothérapie (oubli = 0)2
- 'Surveillance efficacité et tolérance des neuroleptiques (dépistage et traitement des effets secondaires)
(oubli = 0)NC

5. Quelles sont les évolutions classiques de cette maladie ? (20)

- 25 % de guérison ou de schizophrénie "cicatricielle".....4
- 25 % d'évolution linéaire vers la chronicité (déficitaire)4
- 50 % d'évolution par poussées avec périodes de rémission ou phases résiduelles, avec état déficitaire.4
- Risque d'auto-agressivité, suicidaire.....4
- Dépression4

DOSSIER N037: **Un homme insensible à la douleur**

Monsieur Z., 41 ans, consulte aux urgences pour brûlure de la main gauche. C'est une brûlure du premier degré de la face palmaire des trois premiers doigts de la main droite, et du deuxième degré de la paume droite. Il a posé sa main sur une plaque électrique pour atteindre un placard en hauteur, et ne s'est pas aperçu qu'elle était allumée. Il n'a ressenti aucune douleur. Il a remarqué depuis plusieurs mois qu'il était de plus en plus insensible à la douleur, en particulier de la main droite, mais aussi de la main gauche.

A l'examen, on note en effet une anesthésie thermoalgique des deux membres supérieurs et de la région cervicale, contrastant avec une normalité de la perception du tact fin et de la perception des segments de membres. L'étude des réflexes ostéotendineux conclut à une abolition bilatérale aux membres supérieurs, mais aux membres inférieurs, ils sont exagérés, avec présence d'un signe de Babinski bilatéral. L'examen de la motricité des membres inférieurs retrouve une hypertonie sans déficit franc. Il existe une amyotrophie des membres supérieurs, très marquée aux mains, avec une hypertonie des fléchisseurs des doigts ; et une biparésie des deux membres supérieurs prédominant aux mains. Il existe une importante cyphoscoliose dorsale supérieure. L'examen du cervelet, des paires crâniennes, ainsi que le reste de l'examen ne retrouvent pas d'autres anomalies.

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation clinique
2. Quel est le diagnostic le plus probable ?
3. Quel examen complémentaire sera le plus riche de renseignements chez Monsieur Z ?
4. Qu'attendez-vous de cet examen ?
5. La présence d'une anesthésie de la face et d'un nystagmus dans ce contexte vous ferait porter quel diagnostic ?
6. Votre hypothèse de la question 2 s'est confirmée. Vous demandez toutefois des explorations radiologiques complémentaires de la charnière occipito-atloïdienne. Pourquoi ?

DOSSIER N°37

1. Faites le relevé sémiologique de cette observation clinique (20)

- Déficit suspendu (membres supérieurs et région cervicale)5
- Bilatéral asymétrique.....1
- anesthésie dissociée (de la sensibilité thermoalgique avec normalité de la sensibilité profonde)5
- aréflexie ostéotendineuse des membres supérieurs.....1
- amyotrophie distale des membres supérieurs.....1
- biparésie des membres supérieurs1
- hypertonie des fléchisseurs des doigts1
- cyphoscoliose dorsale supérieure1
- Syndrome pyramidal des membres inférieurs (syndrome "sous lésionnel")2
- Au total
- syndrome syringomyélique.....2

2 Quel est le diagnostic le plus probable ? (15)

- Syringomyélie.....15

3. Quel examen complémentaire sera le plus riche de renseignements chez M. Z ? (15)

- IRM médullaire10
- Coupes longitudinales, sagittales et frontales.....5

4. Qu'attendez-vous de cet examen ? (20)

- T1 :3
- Hyposignal.....3
- Centromédullaire3
- Fusiforme, allongé.....3
- Étendu sur la région cervicale et dorsale haute.....3
- Élimine une compression médullaire ou centromédullaire (ex : épendymome)5

5. La présence d'une anesthésie de la face et d'un nystagmus dans ce contexte vous ferait porter quel diagnostic ? (15)

- Syringobulbie.....15

6. Votre hypothèse de la question 2 s'est confirmée. Vous demandez toutefois des explorations radiologiques complémentaires de la charnière occipito atloïdienne. Pourquoi ? (15)

- Malformation de la charnière cervico occipitale d'Arnold Chiari15

DOSSIER N°38: Un surdosage en lithium

Monsieur O., 43 ans, consulte en urgence pour suspicion de surdosage en lithium. Il présente une psychose maniaco-dépressive diagnostiquée depuis 6 ans. Il a connu un épisode maniaque il y a 6 ans, puis deux épisodes mélancoliques il y a 4 et 1 an, le dernier ayant été responsable d'une tentative de suicide par défenestration, avec fractures multiples et splénectomie pour rupture de rate. Il est traité par carbonate de lithium/Théralithe® (1 cp le matin, 2 cp le soir) depuis quatre ans (dernière lithémie il y a trois semaines 0,9 mmol/l).

Depuis hier, il présente en effet des signes cliniques de surdosage en lithium. Il était traité depuis cinq jours par Voltarène et Diantalvic® pour une entorse de la cheville droite. L'examen clinique est normal.

1. Quels sont les signes cliniques de surdosage en lithium ?
2. Quels sont les éléments de l'éducation d'un patient sous lithium ?
3. Quels sont les examens complémentaires que vous demandez en première intention ?
4. Quels sont les taux thérapeutiques de la lithémie ?
5. Quels sont les moyens thérapeutiques étiologiques dont vous disposez en cas d'intoxication au lithium ?
6. De quels autres thymorégulateurs disposez-vous pour traiter Monsieur O. si vous décidez de changer de thérapeutique ?

DOSSIER N°38

1. Quels sont les signes cliniques de surdosage en lithium ? (20)	
• Asthénie.....	2
• Soif	2
• Diarrhée.....	2
• Vomissements	2
• Céphalées	2
• Signes cérébelleux : Troubles de l'équilibre, vertiges, tremblement ample, dysarthrie	6
• Signes tardifs	
- syndrome confusionnel	2
- crises convulsives.....	2
- coma	NC
- décès	NC
2 Quels sont les éléments de l'éducation d'un patient sous lithium ? (20)	
• Signes de surdosage en lithium et consultation d'urgence le cas échéant	4
• Consulter en cas de fièvre (quelle qu'en soit la cause)	4
• Port d'une carte (posologie, lithémies, personnes à prévenir, coordonnées du médecin)	4
• Consultation pour tout nouveau traitement à prendre (en particulier AINS, corticoïdes)	4
• Interdiction de régime désodé et des diurétiques	4
• Nécessité d'une surveillance régulière (clinique et biologique)	NC
3. Quels sont les examens complémentaires que vous demandez en première intention ? (15)	
• Lithémie (intra-érythrocytaire et plasmatique)	5
• Ionogramme (natrémie), glycémie, calcémie	2
• Bandelette urinaire, urée, créatininémie	2
• NFS	2
• VS.....	2
• ECG.....	2
4. Quels sont les taux thérapeutiques de la lithémie ? (10)	
• 0,7 à 1 mmol/l.....	5
• Avec rapport lithémie intra-érythrocytaire/plasma inférieur à 0,5.....	5
5. Quels sont les moyens thérapeutiques étiologiques dont vous disposez en cas d'intoxication au lithium ? (15)	
• Arrêt de l'ingestion du lithium	5
• Diurèse osmotique alcaline (lithémie < 3 mmol/l)	5
• Epuration extra-rénale (hémodialyse) (lithémie > 3 mmol/l)	5

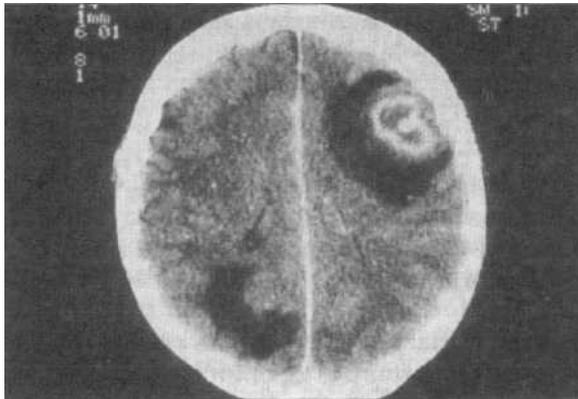
6. De quel(s) autre(s) thynnorégulateur(s) disposez-vous pour traiter Monsieur O. si vous décidez de changer de thérapeutique ? (20)

- Carbamazépine/Tégretol®.....10
- Valpromide/Dépamide®.....10

DOSSIER N°39: Une crise convulsive généralisée fébrile

Monsieur K., 25 ans, est amené aux urgences pour crise convulsive généralisée. Celle-ci a duré deux minutes, et monsieur K. s'est réveillé il y a environ un quart d'heure, il est encore un peu confus.

1. Citez les points importants de votre interrogatoire (sa compagne étant présente).
2. Citez les points importants de votre examen clinique.
3. Vous ne retrouvez à l'interrogatoire qu'un antécédent de toxicomanie intraveineuse arrêtée il y a six ans, et l'examen clinique est normal en dehors d'une fièvre à 38,3°C. Vous allez prescrire un scanner cérébral avec injection dont les résultats sont fournis à votre interprétation. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
4. Vous hospitalisez monsieur K. Quels examens complémentaires prévoyez-vous lors de cette hospitalisation ?
5. Monsieur K est effectivement atteint de la pathologie générale que vous avez évoqué. Quel est votre traitement de première intention pour la première semaine ?
6. Votre hypothèse diagnostique principale est vérifiée. L'évolution est favorable, quelle sera la suite de votre prise en charge médicamenteuse ?



Q3 : TDM cérébral avec injection

DOSSIER N°39

1. Citez les points importants de votre interrogatoire (sa compagne étant présente). (15)

• Antécédents d'épilepsie.....	2
• Antécédents néoplasiques	1
• Traumatisme crânien récent.....	2
• Prises médicamenteuses	2
• Intoxication éthylique, drogues... ..	2
• Facteurs favorisants (manque de sommeil, stimulation lumineuse intermittente)	NC
• Facteurs de risque pour le VIH	2
• Prodromes : crise partielle secondairement généralisée	2
• Céphalées, troubles visuels, nausées/vomissements les jours précédents	2
• Autres antécédents médico-chirurgicaux (ex : neuro-chirurgie, lupus érythémateux, paludisme ...).....	NC

2 Citez les points importants de votre examen clinique. (20)

• Température	2
• Conscience.....	2
• Tension artérielle	2
• Pouls.....	2
• Hydratation intra/extra-cellulaire (œdèmes, poids, humidité des muqueuses, pli cutané)	2
• Pupilles (myosis/mydriase et réactivité)	2
• Syndrome méningé (raideur, photophobie, hyperesthésie)	2
• Syndrome pyramidal (motricité, réflexes ostéotendineux et cutanés plantaires)	2
• Examen neurologique complet (tous signes de localisation)	NC
- Auscultation cardiaque (souffle, arythmie)	1
• Auscultation pulmonaire (encombrement bronchique)	2
• Luxation glénohumérale postérieure.....	1
• Traumatismes squelettiques, état cutané	NC

3. Vous ne retrouvez à l'interrogatoire qu'un antécédent de toxicomanie intraveineuse arrêtée il y a six ans, et l'examen clinique est normal en dehors d'une fièvre à 38,3°C. Vous allez prescrire un scanner cérébral avec injection dont les résultats sont fournis à votre interprétation. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (20)

• Deux lésions cérébrales.....	2
• Sustentorielles	2
• Seule la gauche frontale antérieure est analysable sur ce cliché.....	2
• Lésion très périphérique (jonction cortico-sous-corticale)	2
• Prise de contraste en grelot, annulaire	2
• Halo périphérique hypodense périlésionnel important (oedème périlésionnel)	2
• La faux du cerveau a tendance à être refoulée à droite en regard de la lésion	2
• Abscès cérébraux.....	4
• Probablement toxoplasmiques (contexte de séropositivité pour le VIH)	2

4. Vous hospitalisez monsieur K. Quels examens complémentaires prévoyez-vous lors de cette hospitalisation ? (10)

• Sérologie VIH 1 et 2 (avec son accord), et si positive :	2
• Sérologie toxoplasmique	1
• Sérologie hépatite B	1
• Sérologie hépatite C.....	1
• TPHA VDRL	1
• NFS	1

- Typage des sous populations lymphocytaires T4, T81
- Charge virale VIH (ARN plasmatique)1
- : Anticorps antiP24NC
- Antigénémie P241
- Bilan hépatique, fonction rénale.....NC

NB : La béta2microglobulinémie n'est plus demandée (la charge virale la remplace)

5. Monsieur K est effectivement atteint de la pathologie générale que vous avez évoqué. Quel est votre traitement de première intention pour la première semaine ? (20)

- Hospitalisation2
- Traitement antitoxoplasmique d'attaque :2
 - Malocidg/Pyriméthamine : 50-100 mg/jour per os.....2
 - en l'absence d'allergie aux sulfamides : Adiazine®/Sulfadiazine : 4-6 g/jour per os..... 2
- Mesures adjuvantes à ce traitement d'attaque :2
 - alcalinisation des urines (crystallurie à l'adiazine) : Vichy Saint Yorrec..... 2
 - OsfolateO/Acide folinique : 25 mg, 2/semaine.....2
- Traitement anti-convulsivant :2
 - Benzodiazépine/Clonazépam/RivotrilO 1 mg IVSE à renouveler si nécessaire, puis relais per os par Dépakinee/Acide valproïque.....2
- Traitement anti-cedémateux cérébral : mannitol à 20 % IV.....2
- Surveillance.....NC

NB : Les corticoïdes altéreraient les éventuelles cellules lymphomateuses pour la biopsie, et sont donc utilisés rarement.

6. Votre hypothèse diagnostique principale est vérifiée. L'évolution est favorable, quelle sera la suite de votre prise en charge médicamenteuse ? (15)

- Traitement antitoxoplasmique d'entretien (demi dose) à vie (assurant également la prophylaxie de la pneumocystose)4
- Acide folinique per os (25 mg/semaine)3
- Autres prophylaxies selon le taux de lymphocytes CD4+ : ganciclovir oral (CMV), rifabutine (mycobactéries atypiques)4
- Traitement antirétroviral par bithérapie (ex : AZT et DDI hors contre-indications)4
- Surveillance efficacité, tolérance.....NC

DOSSIER N°40: Un tremblement de la main droite

Monsieur O., 26 ans, consulte pour un tremblement de la main droite.

Ce tremblement est apparu il y a quelques semaines. Il survient au repos, et disparaît lorsque monsieur O. se sert de cette main. Il est régulier, d'environ 5 oscillations/seconde. L'examen neurologique retrouve une légère hypertonie plastique prédominant sur l'hémicorps droit, présente depuis quelques mois, les réflexes ostéotendineux sont normaux, les cutanés plantaires sont en flexion. Les mouvements sont globalement ralentis, et en particulier les mouvements répétitifs sont exécutés avec lenteur. La sensibilité est normale. La force motrice également. La marche est difficile à initier, et il existe une exagération des réflexes de posture. Pas de syndrome cérébelleux. Les fonctions supérieures sont normales (mais monsieur O. a toujours été un peu "ralenti"). L'examen cardio-pulmonaire est normal. L'examen abdominal retrouve une hépatomégalie moussue de 16 cm sur la ligne médioclaviculaire. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel est votre diagnostic syndromique ?
2. Quelles sont en général les causes secondaires à ce syndrome ?
3. Vous suspectez une cause secondaire. D'autant plus que l'examen ophtalmologique retrouve un anneau bronzé situé sur le limbe sclérocornéen (photo). Quel est votre diagnostic ?
4. Quels autres examens complémentaires demandez-vous chez monsieur O. ?
5. Cette étiologie se confirme. A quelles complications est exposé monsieur O. ?
6. Quel traitement pouvez-vous proposer à monsieur O. ?



DOSSIER N°40

1. Quel est votre diagnostic syndromique ? (15)

- Syndrome extra-pyramidal parkinsonien.....15

2 Quelles sont en général les causes secondaires à ce syndrome? (20)

- Maladie de Wilson4
- Prise de neuroleptiques.....4
- Causes toxiques (CO, MPTP, manganèse)2
- Tumeurs cérébrales (frontales, septales, troisième ventricule)2
- Hématome sous dural chronique bilatéral comprimant les noyaux gris centrauxNC
- Syndrome parkinsonien pugilistique (des boxeurs)NC
- Syndrome de Shy Drager.....2
- Atrophie olivoponto-cérébelleuse2
- Dégénérescence striatonigrique.....2
- Maladie de Steele-Richardson-Olszewski (paralysie supranucléaire progressive)2
- Atrophie pallidale.....NC
- Autres atrophies multiples systématiséesNC
- Maladie de Fahr.....NC

3. Vous suspectez une cause secondaire. D'autant plus que l'examen ophtalmologique retrouve un anneau bronzé situé sur le limbe sclérocornéen (photo). Quel est votre diagnostic ? (15)

- Anneau de Kayser Fleischer5
- Maladie de Wilson (dégénérescence hépatolenticulaire)10

4. Quels autres examens complémentaires demandez-vous chez monsieur O. ? (15)

- Cuprémie : basse ou normale3
- Cuprurie : élevée3
- Céruloplasmine : basse.....3
- Bilan biologique hépatique : TP, ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine3
- Echographie hépatique3

5. Cette étiologie se confirme. A quelles complications est exposé monsieur O. ? (20)

- Syndrome dystonique2
- Crises d'épilepsie2
- Troubles psychiques allant jusqu'à la démence.....4
- Cirrhose hépatique4
- Troubles osseux (ostéoporose, fractures spontanées)2
- Tubulopathie rénale (hyperaminoacidurie)2
- Diabète2
- Anémie hémolytique2

6. Quel traitement pouvez-vous proposer à monsieur O. ? (15)

- Régime sans cuivre2
- Dpénicillamine (Trolovol®)10
- Kinésithérapie.....3
- Dépistage familial.....NC
- Surveillance à vieNC

I 91 - IR1 - P1 DOSSIER N° 6

Vous êtes amené à voir en urgence un homme de 65 ans pour des rachialgies très importantes. A 6 heures du matin, alors qu'il se retournait dans son lit, il a ressenti une douleur violente entre les deux omoplates et cette douleur est toujours aussi intense malgré la prise d'antalgiques. Cet homme, aux antécédents d'infarctus du myocarde il y a un an, prend du Sintrom® (3/4 de comprimé par jour) ; son dernier TP huit jours auparavant était à 23 %. Deux heures après le début des troubles, l'examen de ce malade difficilement mobilisable du fait de la douleur retrouve un syndrome pyramidal bilatéral des membres inférieurs ; il existe une diminution notable de la force musculaire qu'on peut coter à 2 à gauche et à 3+ à droite. Il existe des troubles de sensibilité profonde prédominant au membre inférieur gauche et quelques erreurs à l'examen de la sensibilité thermoalgique au membre inférieur droit sans limite supérieure nette. La pression artérielle est à 15/9 cm de Hg, le coter régulier.

1. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité (localisation-étiologie) ?
2. La prédominance des troubles moteurs et de la sensibilité profonde à gauche et des troubles thermoalgiques de l'autre côté laisse penser à une lésion située où par rapport à la melle ?
3. Pensez-vous qu'il s'agit là d'une urgence à traiter très rapidement. Pourquoi ?
4. Qu'attendez-vous de la radiographie du rachis ?
5. Quels sont les examens complémentaires qui peuvent confirmer votre diagnostic ?

91 - IR1 - P1 DOSSIER N° 6

1. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité (localisation-étiologie) ? (20)

- Compression médullaire dorsale aiguë car :10
 - syndrome lésionnel (douleur dorsale violente résistant aux antalgiques),
 - syndrome sous lésionnel (syndrome pyramidal bilatéral et déficit sensitif des membres inférieurs),
 - absence de signe neurologique au dessus du niveau du syndrome lésionnel,
 - installation brutale des troubles.
- L'étiologie à envisager en premier lieu est l'hématome épidural6
 - compte tenu de la brutalité d'installation, de la prise d'anticoagulants à dose efficace (TP = 23 %), de l'absence de traumatisme rachidien et de l'absence d'antécédent autre que l'infarctus du myocarde.
- La localisation de la lésion est dorsale haute ou moyenne4
 - mais ne peut être précisée d'avantage sur les données du texte. La douleur peut ici témoigner aussi bien d'un syndrome lésionnel que d'un syndrome rachidien.
- Compte tenu de la brutalité du tableau l'autre diagnostic à discuter est le ramollissement ischémique de la moelle (dont la cause la plus fréquente est une compression artérielle par une lésion vertébrale ou une néoformation épidurale en particulier tumorales).
- Cependant ici l'absence d'antécédent néoplasique va contre ce diagnostic. Enfin, les autres causes de compression médullaire non traumatique au niveau dorsal ne donnent pas un tableau aussi brutal.

2 La prédominance des troubles moteurs et de la sensibilité profonde à gauche et des troubles thermo-algiques de l'autre côté laisse penser à une lésion située où par rapport à la moelle ? (20)

- Le déficit moteur prédominant à gauche, les troubles de la sensibilité profonde à gauche et les troubles de la sensibilité superficielle thermo-algésique à droite réalisent un syndrome apparenté au syndrome de Brown-Séquard gauche10
- Traduisant une lésion principalement latéromédullaire gauche10

3. Pensez-vous qu'il s'agit là d'une urgence à traiter très rapidement. Pourquoi ? (20)

- Oui5
- Il s'agit d'une urgence qui nécessite une évacuation chirurgicale très rapide de l'hématome afin de lever la compression de la moelle5
- Tout retard thérapeutique risque de conduire à une myélomalacie définitive avec séquelles neurologiques irréversibles5
- De plus, si le surdosage en anticoagulant est trop important, le pronostic vital est engagé dans l'immédiat5

NB : On arrêtera évidemment immédiatement les anticoagulants. Une correction de la coagulation par du PPSB est justifiée mais elle ne doit pas retarder le geste chirurgical qui est très urgent.

4. Qu'attendez-vous de la radiographie du rachis ? (20)

- La radiographie du rachis dorsal a toutes les chances d'être normale en cas d'hématome épidural 10
- La radiographie du rachis dorsal n'a donc ici qu'un intérêt limité qui consiste
 - A éliminer les causes de compression médullaire aiguë s'accompagnant d'une destruction vertébrale3
 - lésion lytique évoquant une étiologie tumorale.....2
 - atteinte discale évoquant une spondylodiscite compliquée3
 - A rechercher une image évocatrice d'un angiome vertébral (vertèbre d'aspect trabéculé avec striation verticale du corps vertébral)2

- en effet, l'angiome médullaire, lorsqu'il se rompt, peut se révéler par un tableau d'hématomyélie similaire au cas présenté ici. Or l'angiome médullaire est souvent associé à un angiome vertébral. Cependant il se révèle en général chez le sujet jeune.....NC

NB : Ces considérations sont du domaine du spécialiste. On comprend mal l'intérêt de la question

5. Quels sont les examens complémentaires qui peuvent confirmer votre diagnostic ? (20)

- Le meilleur examen est ici le scanner médullaire dorsal en urgence centré sur le niveau suspect 15
- Il permettra de visualiser l'hématome sous forme d'une hyperdensité spontanée située dans l'espace épidual et permettra d'apprécier son retentissement sur la moelle.....NC
- L'IRM médullaire montrera la compression mais risque de ne pas bien objectiver sa cause (le sang frais est relativement mal visualisé en IRM durant les 3 premiers jours)5
- La ponction lombaire permettrait d'orienter le diagnostic en ramenant du sang mais le risque d'aggravation du déficit et le trouble de l'hémostase (patient sous AVK) la contre indiquent formellementNC
- La myélographie est contre indiquée pour les mêmes raisonsNC

NB : Pour faire le diagnostic le scanner suffisait ici.

Commentaire global : Ce dossier est un peu déconcertant du fait de la brutalité du tableau alors que la question d'Internat concerne les compressions médullaires lentes. De plus il s'agit là d'une pathologie tout à fait rare, même si l'hématome épidual est une complication reconnue du traitement anticoagulant. L'essentiel était donc de répondre correctement aux questions 2, 3 et 5, ce qui n'imposait pas d'avoir trouvé le bon diagnostic étiologique.

Ce dossier un peu "tordu" illustre le cas de quelques dossiers d'Internat où il faut savoir répondre à certaines questions... même sans avoir posé exactement le diagnostic étiologique.

91 - IR2 - PI DOSSIER N° 6

Une femme de 30 ans, sans antécédent, présente des troubles de la marche depuis quelques semaines. A l'examen, la démarche est instable avec élargissement du polygone de sustentation. Le membre inférieur droit semble spastique et le pied gauche talonne. L'examen montre un signe de Romberg. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs dans l'ensemble mais davantage au membre inférieur droit. Il existe un signe de Babinski droit. A la manœuvre de Mingazinni, on observe une chute du membre inférieur droit avec des oscillations très nombreuses du membre inférieur gauche. La pallesthésie est diminuée au membre inférieur gauche. L'épreuve talon-genou est perturbée à gauche, surtout en l'absence de contrôle visuel. La sensibilité à la piqûre est diminuée sur le membre inférieur droit et sur l'hémi-abdomen droit jusqu'au niveau de l'ombilic. Il existe un nystagmus dont le caractère central est certain. Enfin, on note une dysmétrie non aggravée par l'occlusion des yeux et une adiadococinésie du membre supérieur droit.

1. La sémiologie évoque-t-elle un syndrome médullaire particulier et quel est le niveau médullaire lésé ?
2. Sur quel(s) type(s) de nystagmus a-t-on évoqué le caractère central certain ?
3. Enumérer les symptômes qui plaident pour un trouble de la sensibilité proprioceptive consciente.
4. La possibilité d'une sclérose en plaques est envisagée. Décrivez les formules cytochimiques du liquide céphalo-rachidien auxquelles on peut s'attendre dans cette hypothèse ainsi que les informations que l'on peut obtenir du dosage des immuno-globulines et de l'électrophorèse du LCR.
5. Quelles autres explorations complémentaires sont utiles pour ce diagnostic ?
6. En admettant une confirmation du diagnostic, quelle thérapeutique proposez-vous et avec quelle surveillance ?
7. Dans l'hypothèse de poussées ultérieures très fréquentes ou d'une évolution progressive, quelle autre possibilité thérapeutique pourriez-vous proposer, sous quelles conditions, selon quelles modalités et sous quelle surveillance ?

91 - IR2 - P1 DOSSIER N° 6

1. La sémiologie évoque-t-elle un syndrome médullaire particulier et quel est le niveau médullaire lésé ? (15)

- Oui. Il existe bien un syndrome médullaire (atteinte pyramidale bilatérale, trouble de sensibilité profonde et trouble de la sensibilité superficielle à limite supérieure nette).....5
- Mais la sémiologie n'évoque aucun syndrome médullaire particulier.....5
- Il n'existe en particulier pas de syndrome de Brown-Sequard puisque les troubles de la sensibilité profonde sont contro-latéraux et les troubles de la sensibilité superficielle homo-latéraux par rapport au syndrome pyramidal.....NC
- La limite supérieure des troubles de la sensibilité superficielle est située au niveau D10. La lésion médullaire est généralement située un ou deux segments au dessus de la limite supérieure des troubles sensitifs, donc ici probablement en D8 ou D9.....5

NB : Il ne fallait surtout pas répondre syndrome de Brown-Sequard, ce qui constituait le piège de cette question.

2 Sur quel(s) type(s) de nystagmus a-t-on évoqué le caractère central certain? (15)

- Nystagmus vertical (toujours d'origine centrale et traduisant une atteinte pédonculaire)5
- Ou nystagmus rotatoire (toujours d'origine centrale et traduisant une atteinte bulbaire)5
- Ainsi que pluri-directionnel5

NB : Le nystagmus du syndrome vestibulaire périphérique est horizontal ou horizonto-rotatoire. Un nystagmus horizontal peut également être d'origine centrale, dû à une lésion protubérantielle.

3. Énumérer les symptômes qui plaident pour un trouble de la sensibilité proprioceptive consciente. (10)

- Signes témoignant d'une ataxie proprioceptive du membre inférieur gauche1
- talonnement du pied gauche1
- oscillations du MI gauche à la manœuvre de Mingazinni1
- signe de Romberg (mais syndrome vestibulaire associé).....1
- perturbation de l'épreuve talon-genou à gauche.....1
- et aggravation nette de cette perturbation lors de la fermeture des yeux5
- Diminution de la pallesthésie du membre inférieur gauche.....1

NB : Élargissement du polygone de sustentation, dysmétrie et adiadococinésie font partie du syndrome cérébelleux et non d'un trouble de la sensibilité profonde.

4. La possibilité d'une sclérose en plaques est envisagée. Décrivez les formules cytochimiques du liquide céphalo-rachidien auxquelles on peut s'attendre dans cette hypothèse ainsi que les informations que l'on peut obtenir du dosage des immuno-globulines et de l'électrophorèse du LCR. (15)

- Hyperprotéinorachie (présente une fois sur deux).....2
- Mais toujours inférieure à Ig/litre.....2
- Protéinorachie normale une fois sur deuxNC
- Hypergammaglobulinorachie (>13%)2
- Avec répartition oligoclonale des immuno-globulines, présente 8 fois sur 10 à l'électrophorèse des protéines sanguines.....2
- Réaction lymphocytaire présente une fois sur trois.....2
- En règle inférieure à 50 lymphocytes/mm³.....2
- Cytologie normale 2 fois sur 32
- Le reste des examens usuels du LCR (glycorachie, chlorurorachie...) est normal NC

- Au total
- une PL normale n'élimine pas le diagnostic de SEP1
- aucune anomalie du LCR n'est spécifique de la SEPNC

5. Quelles autres explorations complémentaires sont utiles pour ce diagnostic ? (15)

- Potentiels évoqués visuels, auditifs et somesthésiques3
- au niveau des membres inférieurs, à la recherche d'une augmentation de la latence centrale, non constante au début de la maladie et non spécifique.....NC
- IRM cérébrale sans et avec gadolinium.....3
- à la recherche de plaques de démyélinisation multifocales, siégeant dans la substance blanche du système nerveux central et des nerfs optiques, en particulier dans les régions périventriculaires et dans la fosse postérieure, visibles sous la forme d'un hypersignal en T2, aux contours irréguliers et sans effet de masse. La prise de contraste par le gadolinium est suggestive d'une plaque récente. les anomalies de l'IRM ne sont ni constantes ni spécifiques.
- Recherche d'anomalies de la vision des couleurs.....3
- ECBU car les poussées sont fréquemment déclenchées par des infections en particulier urinaires 3
- FAN : élimine un lupus3

NB : Les hypersignaux de la substance blanche ont d'autant plus de chances d'être liés à une SEP qu'ils sont nombreux, de taille suffisante (> 6 mm), et qu'ils siègent à la fois dans la substance blanche périventriculaire et dans la fosse postérieure. Il n'existe pas de corrélation stricte entre les lésions cliniquement parlantes et les plaques visibles en IRM. Enfin, il faut savoir que l'IRM cérébrale est beaucoup plus sensible que le scanner cérébral pour la détection des plaques de démyélinisation.

Au total aucun examen ne révèle des anomalies spécifiques de la SEP et le diagnostic repose donc sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques.

6. En admettant une confirmation du diagnostic, quelle thérapeutique proposez-vous et avec quel le surveillance ? (15)

- Hospitalisation en neurologie.....NC
- Repos2
- Fraxiparine® 0,3 ml en SC en une injection quotidienne en cas de décubitus prolongé2
- Corticothérapie brève, par exemple Solumédrole 500 mg par jour en une perfusion intraveineuse, (bolus) pendant 3 à 5 jours.....2
- Régime désodé (< 2 g NaCl/j) pendant la durée de la corticothérapieNC
- Kaléorid® 1 cp 2 fois par jour pendant la durée de la corticothérapie.....NC
- Surveillance.....5
- clinique : état neurologique, signes de phlébite, tension artérielle 3 fois par jour, œdèmes des membres inférieurs, tolérance digestive, état psychiqueNC
- biologique : ionogramme sanguin (kaliémie ++++) et glycémie tous les jours jusqu'à l'arrêt des flashes NC
- Kinésithérapie douce.....2
- Traitement d'une éventuelle infection urinaire.....2

NB : La corticothérapie est discutable pour des troubles évoluant déjà depuis quelques semaines. Il existe de nombreux protocoles différents sans que l'un d'entre eux soit supérieur aux autres.

7. Dans l'hypothèse de poussées ultérieures très fréquentes ou d'une évolution progressive, quel le autre possibilité thérapeutique pourriez-vous proposer, sous quelles conditions, selon quelles modalités et sous quelle surveillance ? (15)

- Il n'existe aucun traitement efficace reconnu de la SEPNC
 - En cas de poussées très fréquentes ou d'évolution progressive on peut cependant proposer un traitement immuno-suppresseur (dont l'éventuelle efficacité reste à prouver).....3
 - Ce traitement pourra être proposé uniquement
 - à titre d'essai thérapeutique dans le cadre d'un protocole codifié2
 - après consentement éclairé de la patienteNC
 - en dehors des contre indications, après s'être assuré de l'absence de grossesse en cours et après un bilan pré-thérapeutique hématologique, hépatique, rénal et infectieux.....2
 - sous contraception régulière (dont on expliquera l'importance à la patiente) 2
 - en surveillant régulièrement les effets secondaires en particulier hématologiques (NFS plaquettes tous les 8 à 15 jours), rénaux et hépatiques.....3
 - en contre indiquant le contact avec des sujets infectés et l'administration de vaccins vivants atténués NC
 - en interrompant le traitement définitivement en cas d'effet secondaire notable et/ou en l'absence d'efficacité cliniqueNC
- L'I murele est souvent utilisé dans ces cas, par voie orale, à la dose de 1 à 2 cp/jour..... 3

NB : il faut exprimer les plus grandes réserves quant à l'usage des immuno-suppresseurs dans la SEP car la majorité des études réalisées concluent à l'inefficacité de ce traitement.

91 - IR3 - P1 DOSSIER N° 3

A la consultation, une jeune fille de 19 ans se plaint d'une aphonie d'installation récente. Elle articule très difficilement, émet quelques sons étouffés. Elle indique à voix à peine audible que ses troubles l'ont amené à consulter un médecin ORL qui lui a dit "qu'elle n'avait rien". La jeune fille est normalement scolarisée, sans antécédent particulier, à l'exception d'un épisode d'anxiété avec palpitation et difficulté d'endormissement. Elle est sociable, mais se décrit comme timide, réservée et émotive. Elle n'a jamais eu de relations sexuelles et se plaint de règles douloureuses.

Aucune contraception n'a été mise en place. Elle est très marquée par le divorce de ses parents et vit chez sa mère. Elle voit régulièrement son père qu'elle affectionne. Elle est fille unique et dit en être heureuse. Elle supporte très mal la liaison de sa mère avec un homme plus jeune.

Au cours de son entretien, on est frappé par son détachement vis-à-vis de son trouble mais elle paraît heureuse de la consultation et accepte de revenir vous voir.

1. Sur quels éléments sémiologiques peut-on fonder le diagnostic ?
2. Quel est le diagnostic ?
3. Quelles méthodes thérapeutiques peut-on proposer ?
4. Quels sont les facteurs déclenchants susceptibles d'avoir favorisé l'éclosion des symptômes ?
5. Quelles possibilités évolutives envisager ?

91 - IR3 - P1 DOSSIER N° 3

1. Sur quels éléments sémiologiques peut-on fonder le diagnostic ? (20)

- 1) Sémiologie actuelle
 - manifestation motrice (trouble de la phonation) avec "voix chuchotée", aphonie : manifestation la plus fréquente des accidents de conversions3
 - "Belle indifférence", détachement à l'égard du symptôme, absence d'angoisse (bénéfice primaire) 3
 - absence de support organique.....3
- 2) Caractéristique de l'épisode
 - début brutalNC
 - facteur déclenchant de type psychologique (divorce, liaison de la mère)2
- 3) Terrain
 - symptômes névrotiques non spécifiquesNC
 - anxiété, insomnie d'endormissement2
 - règles douloureuses2
 - personnalité type hystérique : éviction, crainte de la sexualité (pas de rapport, de contraception)3

Ces trois éléments appuient le diagnostic d'accident de conversion dans le cadre d'une névrose hystérique.
- 4) Pas de trouble thymique évident ni de trouble psychotique2

2 Quel est le diagnostic ? (20)

- Après l'élimination de toute cause organique de l'aphonie, on pose le diagnostic d'accident de conversion hystérique sur personnalité passive dépendante, en raison :20
- terrain : femme jeune, personnalité névrotique hystérique, indifférente au symptôme.
- contexte psychique : facteurs déclenchants évoquant une dépendance affective, une intolérance à la frustration, une immaturité.
- symptôme de conversion avec bénéfice primaire (effacement de la charge anxieuse).
- absence de lésion anatomique sous jacente, de systématisation.
- manifestations névrotiques diverses.
- éviction de la sexualité.

3. Quelles méthodes thérapeutiques peut-on proposer ? (20)

- A court terme.
- 1) Principes psychothérapeutiques : verbalisation au cours d'entretiens répétés2
- écoute du sujet2
- réassurance, persuasion2
- abord des conflits ayant favorisé l'accident de conversion2
- apprécier l'existence de bénéfices secondaires pour les limiter (facteur pronostique majeur) 2
- avec la famille : ne pas discréditer le patient (ne pas parler "d'attirer l'attention" de "chantage affectif")..... 2
- 2) Courte hospitalisation si bénéfices secondaires trop importants, afin d'isoler la patiente de ses spectateurs2
- 3) Chimiothérapie : pas d'indication iciNC
- 4) Parfois : hypnose, narco-analyseNC
- A long terme
- psycho analyse1
- psychothérapie d'inspiration psychanalytique2
- psychothérapie de soutien1

4. Quels sont les facteurs déclenchants susceptibles d'avoir favorisé l'écllosion des symptômes ? (20)

: <u>Contexte de carences affectives</u> :	NC
- divorce des parents	8
- liaison de la mère	8
• <u>Sur personnalité prédisposée</u> : le type passif dépendant est plus favorable à l'écllosion des symptômes que le type histrionique.....	4

5. Quelles possibilités évolutives envisager ? (20)

• Le contexte circonstanciel par rapport à sa situation affective actuelle et l'absence de bénéfices secondaires importants sont de bon pronostic.

• L'évolution peut se faire vers	
- guérison rapide, sans séquelles, amendement du symptôme de conversion	4
- chronicisation de l'accident de conversion, vie parasitée	4
- dépression	3
- <u>névrose hypocondriaque</u>	1
- état anxieux sans conversion	1
- <u>suicide, tentative de suicide</u>	3
- extension de la névrose (manifestations phobiques, obsessionnelles) ou de l'accident de conversion	2
- l'évolution vers une schizophrénie pseudonévrotique.....	1
- conduite pharmacomaniaque (addiction médicamenteuse ou alcoolique)	1

91 - IR4 - P1 DOSSIER N° 6

Un homme de 68 ans, consulte car il a présenté à deux reprises un épisode d'engourdissement de la main droite durant 5 à 15 mn. A ces occasions, il ne pouvait tenir un objet dans sa main et cherchait ses mots. 3 ou 4 jours auparavant, il a brutalement eu l'impression d'un voile noir qui descendait devant son œil gauche durant 1 mn environ. L'examen neurologique et cardiovasculaire est normal. Vous portez le diagnostic d'accident ischémique transitoire.

1. Où se situe la lésion vasculaire responsable ?
2. Quelles investigations envisagez-vous ?
3. Quelle(s) pathologie(s) associée(s) à l'athérome et quelle(s) habitude(s) toxique(s) devez-vous rechercher ?
4. Quel traitement préventif pourra-t-on utiliser ?
5. Quel(s) siège(s) des lésions pourra(ront) faire l'objet d'une intervention chirurgicale ?
6. Comment appelez-vous l'épisode oculaire et que traduit-il ?
7. Quels sont les deux grands risques vasculaires encourus par ce malade dans les années à venir ?
8. Quel(s) est(sont) le(s) siège(s) habituel(s) de l'athérome carotidien ?

91 - IR4 - P1 DOSSIER N° 6

1. Où se situe la lésion vasculaire responsable ? (10)

- La lésion vasculaire responsable siège au niveau de l'artère carotide interne gauche5
- Avant la naissance de l'artère ophtalmique5
- Puisque le patient a présenté deux accidents ischémiques transitoires dans le territoire sylvien superficiel gauche et un épisode de cécité monoculaire transitoire gauche.

2 Quelles investigations envisagez-vous ? (20)

- Scanner cérébral sans injection pour éliminer un petit infarctus sylvien gauche constitué déjà visible 6
- Echo-doppler cervical en urgence (+ éventuellement doppler trans-crânien)6
- permettant d'apprécier les flux (accélération au niveau d'une sténose, sens du flux dans les artères ophtalmiques, valeur du polygone de Willis) et l'état de la paroi artérielle (plaque d'athérome éventuellement ulcérée, sténose chiffrée de la lumière artérielle)NC
- Electrocardiogramme2
- Holter.....2
- Échographie cardiaque2
- A la recherche d'un trouble du rythme cardiaque emboligène, de signes d'insuffisance coronaire NC
- Radio de thorax recherchant en particulier une cardiomégalie2
- Bilan biologique usuel avec hémogramme (polyglobulie, thrombocytémie), VS (artérites inflammatoires), hémostase (anticoagulant circulant), ionogramme, glycémie (diabète), créatinine, électrophorèse des protéides (dysglobulinémie), TPHA-VDRL (syphilis méningo-vasculaire)..... NC
- L'Angiographie carotidienne par voie artérielle ne se discute que dans un second temps, selon les résultats de l'écho-doppler et les possibilités d'un traitement chirurgical de la lésion NC

Remarque : Une exploration cardiaque plus poussée (échographie cardiaque, Holter cardiaque) n'est pas justifiée chez ce patient de 68 ans en première intention. Elle ne serait indiquée que si le bilan pratiqué ne retrouvait pas une cause athéromateuse, de loin la plus probable à cet âge.

3. Quelle(s) pathologie(s) associée(s) à l'athérome et quelle(s) habitude(s) toxique(s) devez-vous rechercher? (10)

- 1) Facteurs de risque de l'athérome (dont l'association est synergique)
 - hypertension artérielle avant tout, facteur de risque n°1 des AVC après 40 ans..... 3
 - diabète 1
 - dyslipidémie (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie)1
 - tabagisme1
 - obésité1
 - hyperuricémie1
 - alcoolisme (par le biais de l'hypertension artérielle)NC
- Pathologies causées par l'athérome
 - insuffisance coronarienne.....1
 - artériopathie oblitérante des membres inférieurs.....1
 - insuffisance rénale.....NC

Remarques

- Le stress, la sédentarité et les antécédents familiaux sont des facteurs de risque mais ne sont ni des pathologies, ni des habitudes toxiques.
- Chez un sujet jeune, il faut aussi penser à la cocaïne qui a été impliquée dans des AVC chez des patients de moins de 40 ans.
- Chez la femme non ménopausée, toujours penser à la pilule cestroprogestative.

4. Quel traitement préventif pourra-t-on utiliser ? (20)

- 1) Dans tous les cas, traitement des facteurs de risque s'ils existent.....12
 - régularisation de la TA, équilibrage d'un diabète, arrêt du tabac, contrôle d'une dyslipidémie, normalisation progressive du poids.....2
- 2) Traitement anti-agrégant plaquettaire à vie en dehors des contre-indications (maladie hémorragique, allergie médicamenteuse).....2
- Les deux traitements ayant fait la preuve de leur efficacité préventive sont l'aspirine (la dose quotidienne idéale est débattue mais semble être comprise entre 30 et 300 mg/jour)2
- Et la ticlopidine (Ticlid®) à la dose de 500 mg/jour qui nécessite une surveillance régulière de l'héogramme pendant les trois premiers mois du traitement.....2
- 3) Le traitement chirurgical est une alternative lorsqu'il est possible. L'endartériectomie carotidienne a en effet fait la preuve de son efficacité préventive dans les sténoses uniquement accessibles chirurgicalement, supérieures à 70 %.....2
- Elle nécessite toujours une artériographie carotidienne et un bilan cardiaque préopératoire complet.

Remarque : Ne pas oublier le traitement des facteurs de risque qui est l'élément essentiel de la prévention.

5. Quel(s) siège(s) des lésions pourra(ront) faire l'objet d'une intervention chirurgicale ? (10)

- En dehors de certaines lésions de la carotide primitive.....4
- Seules les lésions situées sur la partie extra-crânienne de la carotide interne 4
- Peuvent faire l'objet d'une intervention chirurgicale, c'est le cas pour les lésions du sinus carotidien, siège le plus fréquent de l'athérome carotidien.....2

Remarque : Les lésions des portions intrapétreuse et caverneuse (siphon carotidien) sont inaccessibles chirurgicalement.

Les anastomoses extra-crâniennes (par exemple temporo-sylvienne), proposées pendant un temps en cas de sténose intra-crânienne ne sont plus pratiquées aujourd'hui parce qu'inefficaces.

6. Comment appelez-vous l'épisode oculaire et que traduit-il ? (10)

- Cécité monoculaire transitoire gauche.....4
- Traduisant une baisse ou un arrêt transitoire du débit sanguin dans l'artère ophtalmique gauche (qui donne naissance à l'artère centrale de la rétine)3
- Le mécanisme responsable est en règle embolique à partir d'une plaque athéromateuse ou d'un thrombus situé en amont, au niveau de la carotide interne (ici gauche).....3

7. Quels sont les deux grands risques vasculaires encourus par ce malade dans les années à venir ? (10)

- 1) Accident vasculaire cérébral ischémique constitué5
- 2) Infarctus du myocarde5

Remarque : L'effet préventif des anti-agrégants concerne également le risque d'infarctus du myocarde.

8. Quel(s) est(sont) le(s) siège(s) habituel(s) de l'athérome carotidien ? (10)

- Les sièges les plus fréquents sont l'origine de la carotide primitive.....2
- La bifurcation carotidienne2
- Le sinus carotidien2
- Et les portions intrapétreuse et caverneuse (siphon) de la carotide interne 2
- Les lésions peuvent être isolées mais sont le plus souvent bilatérales et multiples2

92 - IR1 - P1 DOSSIER N° 7

Vous êtes amené à voir en consultation un enfant de 10 ans qui depuis 15 jours présente des céphalées s'accompagnant de vomissements depuis 8 jours. A l'interrogatoire des parents, vous apprenez que depuis environ 2 mois l'enfant a changé progressivement de comportement : il est devenu très irritable et suit beaucoup moins bien en classe, il est inattentif. Il est récemment tombé plusieurs fois sans raison apparente. Enfin, il voit double depuis 24 heures. A l'examen, chez cet enfant conscient, il existe une paralysie du nerf moteur oculaire externe (nerf VI) droit, et un syndrome cérébelleux statique. Le reste de l'examen neurologique et de l'examen somatique est normal.

1. Il existe un syndrome d'hypertension intra-crânienne. Par quel examen pouvez-vous le confirmer ?
2. La paralysie du VI droit a-t-elle, dans ce contexte, une valeur localisatrice ?
3. Quelle est la localisation de la lésion causale ?
4. Si vous demandez une radiographie du crâne face-profil, quelles anomalies relatives à l'hypertension intra-crânienne pourriez-vous vous attendre à voir ?
5. Quels sont les mécanismes et la cause de ce syndrome d'hypertension intra-crânienne ?
6. Quel examen neuro-radiologique demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
7. Quel est le principal risque immédiat de cette affection ?

92 - IR1 - P1 DOSSIER N° 7

1. 11 existe un syndrome d'hypertension intra-crânienne. Par quel examen pouvez-vous le confirmer ? (10)

- Le fond d'œil.....5
- Confirmera l'hypertension intra-crânienne en montrant la présence d'un œdème papillaire bilatéral 5
- avec conservation de l'acuité visuelle : papille saillante avec des bords flous, dilatation veineuse, aspect coudé des vaisseaux abordant la papille, voire, à un degré de plus, hémorragies et exsudats NC

2 La paralysie du VI droit a-t-elle, dans ce contexte, une valeur localisatrice ? (10)

- Non, l'atteinte unilatérale ou bilatérale du VI n'a aucune valeur localisatrice car elle peut être due à l'hypertension intra-crânienne en elle même, indépendamment de sa cause10

3. Quelle est la localisation de la lésion causale ? (15)

- Le syndrome cérébelleux statique sans autre signe neurologique de localisation évoque dans ce contexte une atteinte du vermis cérébelleux.....15

4. Si vous demandez une radiographie du crâne face-profil, quelles anomalies relatives à l'hypertension intra-crânienne pourriez-vous vous attendre à voir ? (15)

- Impressions digitiformes sur la voûte crânienne.....5
- Aplatissement de la base du crâne (platybasie)5
- Elargissement de la selle turcique5

NB : La disjonction des sutures se voit surtout chez le nourrisson et le jeune enfant.

5. Quels sont les mécanismes et la cause de ce syndrome d'hypertension intra-crânienne ? (15)

- Mécanismes de l'hypertension intra-crânienne : gêne à l'écoulement du LCR par blocage du quatrième ventricule5
- Entraînant une hydrocéphalie des ventricules latéraux et du troisième ventricule (hydrocéphalie non communicante)5
- Cause de l'hypertension intra-crânienne . tumeur du cervelet ou du quatrième ventricule avec atteinte du vermis cérébelleux.....5

NB : L'évolution progressive des signes sur environ deux mois et la fréquence des tumeurs de la fosse postérieure à cet âge sont les deux arguments qui permettraient de retenir ici l'étiologie tumorale, Les tumeurs les plus probables sont ici le médullo-blastome du cervelet et l'épendymome du IVe ventricule (car atteinte du vermis).

6. Quel examen neuro-radiologique demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? (15)

- IRM cérébrale sans, puis avec injection de gadolinium avec des coupes fines centrées sur la fosse postérieure.....15
- Cet examen permet :NC
- 1) De visualiser la tumeur sous la forme d'une image de signal anormal par rapport au parenchyme avoisinant, de préciser son siège, sa forme et sa taille, l'existence et l'aspect d'une éventuelle prise de contraste (vascularisation de la tumeur), l'importance de l'œdème péri-tumoral (hypodsignal péri-tumoral

en T, hypersignal en T2). La nature histologique de la tumeur peut souvent être supposée à partir de ces informationsNC

- 2) D'apprécier le retentissement de la tumeur : compression du tronc cérébral, obstruction du quatrième ventricule, hydrocéphalie sus-jacente, signes d'engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital.....NC

NB : Pour l'évaluation des lésions de la fosse postérieure, l'IRM cérébrale est un examen plus précis que le scanner cérébral (qui comporte des artefacts dus aux structures osseuses). Même si le scanner reste l'examen pratiqué de première intention, la réponse "l'IRM cérébrale" ne peut être considérée comme moins bonne que la réponse "scanner cérébral".

7. Quel est le principal risque immédiat de cette affection ? (20)

- Engagement des amygdales cérébelleuses10
- Dans le trou occipital.....5
- Avec risque d'arrêt respiratoire et de mort subite par compression bulbaire..... 5

93 - IR2 - P1 DOSSIER N° 8

Monsieur V., 44 ans, est désormais convaincu que son épouse le trompe. Plusieurs faits constituent à ses yeux des preuves indubitables : un inconnu téléphone souvent et raccroche sans répondre, la même voiture passe tous les jours devant leur maison, quelques disques de danse ne sont plus au même emplacement. L'amant de sa femme est venu à coup sûr la voir en son absence. Ils ont dû danser tous les deux. Récemment, la conviction s'est amplifiée et Monsieur V. est polarisé par l'idée d'être trompé et de le savoir. Il s'énerve, s'exalte et ne peut plus travailler. Le drame redouté par le père du patient se produit, il a enfermé sa femme dans la cuisine et menace d'ouvrir le gaz si elle n'avoue pas sa forfaiture.

1. Devant un tel tableau, quelle est la mesure médico-légale qui s'impose ?
2. Quelles modalités administratives sont nécessaires pour prendre cette mesure ?
3. Quel est le diagnostic psychiatrique ?
4. Indiquez les diverses mesures thérapeutiques en phase aiguë.
5. Une amélioration nette étant obtenue, la sortie du patient est prévue. Quelles sont les mesures thérapeutiques ambulatoires ?

93 - IR2 - P1 DOSSIER N° 8

1. Devant un tel tableau, quelle est la mesure médico-légale qui s'impose ? (20)

- Hospitalisation d'office selon la loi du 27 juin 199020

2 Quelles modalités administratives sont nécessaires pour prendre cette mesure ? (20)

- Il existe 2 possibilités pour placer un patient en secteur fermé : la procédure courante et la procédure en cas de danger imminent..... NC

Devant le danger imminent présent dans cette observation, il est nécessaire d'hospitaliser le patient en secteur fermé d'après la procédure d'urgence (article L.343 du Code de Santé publique)4

- Cette procédure d'urgence suppose des conditions qui sont dans ce cas remplies
 - un sujet présentant des troubles mentaux manifestesNC
 - un danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical (ou à défaut la notoriété publique)4
- La demande peut être faite par le maire, les commissaires de police à Paris, à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet qui devra statuer sans délai (dans les 48 heures)4
- Dans la procédure habituelle (L342), il faut un certificat médical circonstancié (d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil)4
- Au vu duquel le préfet départemental (le préfet de Police à Paris) prononce un arrêté préfectoral4

3. Quel est le diagnostic psychiatrique ? (20)

- Délire chronique non dissociatif en exacerbation aiguë de type paranoïaque passionnel : délire de jalousie20

• Arguments

- terrain : homme, âge > 35 ans,
- absence de syndrome dissociatif,
- idée délirante : chronique : élaboration délirante progressive,
thématique : jalousie.

• Mécanismes

- interprétation (preuves pathologiques, perspicacité morbide : téléphone, voiture, disque),
- intuition ("... venu à coup sûr la voir" - "... danser tous les deux").
- Participation affective intense, passionnelle avec exaltation sthénique menant au passage à l'acte hétéro-agressif
- Conviction délirante absolue

4. Indiquez les diverses mesures thérapeutiques en phase aiguë. (20)

- Hospitalisation en service fermé psychiatrique, suite à l'hospitalisation d'office2
- Neuroleptiques sédatifs.....4
- = chlorpromazine/Largactilc (300 à 600 mg)4
- En association avec de l'halopéridol Haldol® (10 à 30 mg).....4
- Par voie orale si possible, sinon intra-musculaire.....4

ND : Les buts : diminuer l'intensité de la participation affective,

- Diminuer les troubles somatiques (restauration de sommeil),
- Permettre une mise à distance du délire.
- Correction des désordres métaboliques lorsqu'ils existent.
- Psychothérapie de soutien au cours d'entretiens répétés et prolongés.
- Surveillance du traitement.....2
- TA, température, mouvements anormaux, effets secondaires des neuroleptiques.
- Surveillance du patient
- dangerosité,

- risque suicidaire, dépression post-délirante,
- mise à distance du délire, de la participation affective.

5. Une amélioration nette étant obtenue, la sortie du patient est prévue. Quelles sont les mesures thérapeutiques ambulatoires ? (20)

- Difficulté de la prise en charge au long cours.....NC
- Traitement long, difficileNC
- Chimiothérapie2
- neuroleptique type2
- Largactil® (300 à 600 mg) ou Haldol® (10 à 30 mg)3
- discussion d'un neuroleptique d'action prolongée instauré après 15 jours de traitement en hospitalisation avec la molécule "père". (Piportil L4, Modécate®).....5
- Suivi par un psychiatre (dispensaire, cabinet privé) régulièrement2
- psychothérapie de soutien, d'inspiration analytique.....2
- dépistage d'une rechute délirante aiguëNC
- Avant la sortie définitive du patient, des sorties d'essais sont mises en place afin d'apprécier au mieux la dangerosité du patient2
- Obtenir un arrêt de l'alcool dont l'abus est probable chez les patients atteints de ce type de délire 2

93 - IR2 - P1 DOSSIER N° 10

Une jeune femme de 25 ans vient consulter car depuis 8 jours, elle se plaint de douleurs particulières. La douleur est en éclair, touchant l'œil, l'aile du nez, la lèvre supérieure et la mâchoire à droite. Elle évolue par paroxysmes de quelques secondes et cède en laissant un fond douloureux désagréable plus ou moins permanent. On note dans les antécédents de cette malade une prise de contraceptifs oraux, une torsion de kyste de l'ovaire, un épisode de diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche régressif en un mois 5 ans avant, un accouchement par césarienne un an avant.

1. Comment étiquetez-vous cette douleur ?
2. Pour quelles raisons faut-il pratiquer chez cette patiente des examens complémentaires ?
3. Quel diagnostic étiologique évoquez-vous ? Sur quels arguments ?
4. Quels examens complémentaires pensez-vous utile de réaliser ?
5. Quel traitement symptomatique de la douleur envisagez-vous ?

93 - IR2 - P1 DOSSIER N° 10

1. Comment étiquetez-vous cette douleur ? (20)

- Névralgie du trijumeau droit, car douleurs dans le territoire du nerf trijumeau droit, branche V-2 (maxillaire supérieur) et peut-être V-1 (ophtalmique)20

NB : V-3 = nerf maxillaire inférieur.

2 Pour quelles raisons faut-il pratiquer chez cette patiente des examens complémentaires ? (20)

- Il faut réaliser des examens complémentaires
 - parce que l'atteinte d'emblée des trois branches du V, l'existence d'un fond douloureux plus ou moins permanent entre les accès, l'absence de zone gâchette, l'âge jeune, évoquent une névralgie symptomatique du trijumeau et non une névralgie essentielle.....10
 - parce que l'antécédent de diminution de l'acuité visuelle de l'oeil gauche spontanément régressive évoque la possibilité d'une atteinte multifocale (nerf optique puis nerf trijumeau)..... 10

3. Quel diagnostic étiologique évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (20)

- Sclérose en plaques, car :10
 - terrain : femme jeune (début entre 20 et 40 ans)....._2
 - très probable, antécédent de névrite optique rétrobulbaire de l'oeil gauche spontanément régressive en un mois il y a 5 ans3
 - névralgie du trijumeau actuelle ayant les caractères d'une névralgie symptomatique3
 - ce qui évoque l'existence de lésions multifocales disséminées dans le temps 2

4. Quels examens complémentaires pensez-vous utile de réaliser ? (20)

- Ponction lombaire et analyse du LCR à la recherche :3
 - d'une hyperprotéinorachie modérée, en règle inférieure à 1 g/l, (retrouvée dans 40 % des cas) 1
 - d'une augmentation de la proportion des gammaglobulines (taux > 14 %) avec une répartition oligoclonale (75 % des cas).....1
 - d'une lymphocytose modérée, en règle inférieure à 50 lymphocytes/mm³, (retrouvée dans un tiers des cas)1
 - cependant, aucune de ces anomalies n'est spécifique de la SEP et la normalité du LCR ne permet pas à elle seule de réfuter le diagnosticNC
- IRM cérébrale à la recherche de plaques de démyélinisation :3
- Zones focalisées d'hypersignal sur les coupes pondérées en T2, situées dans la substance blanche du système nerveux central au sein de plusieurs territoires discontinus, particulièrement au niveau des zones périventriculaires et de la fosse postérieure, ne s'accompagnant d'aucun effet de masse sur les structures de voisinage. On recherchera en particulier une prise de contraste lors de l'injection de gadolinium au niveau de la lésion récente (protubérance ou bulbe)3
- Potentiels évoqués :3
 - visuels à la recherche d'un retard de latence au niveau du nerf optique (très probable compte tenu de l'antécédent de NORB).....1
 - auditifs et somesthésiques à la recherche d'un retard de latence au niveau du tronc cérébral 2
 - recherche d'ano de la vision des couleurs, de scotome séquellaire, de baisse d'acuité visuelle ...1
 - dosage des FAN : élim1

5. Quel traitement symptomatique de la douleur envisagez-vous ? (20)

- La carbamazépine (Tégréto[®]) est généralement efficace sur ce type de douleur 10
- Posologie à augmenter progressivement jusqu'à la dose minimale efficace, comprise entre 200 et
1 400 mg/j2
- Sous surveillance des effets secondaires (clinique + hémogramme et bilan hépatique réguliers)3
- En changeant le mode de contraception (ex : stérilet), car risque de diminution de l'efficacité de la pilule
cestro-progestative.....3
- Pendant une durée de quelques semaines à dose efficace puis à arrêter progressivement en l'absence
de récurrence douloureuse2

93 - IR2 - P1 DOSSIER N° 12

Vous êtes amenés à voir un homme de 35 ans, déménageur, qui présente une sciatgie hyperalgique. 6 heures auparavant il a ressenti, alors qu'il portait une armoire, un "craquement" dans le bas du dos suivi d'une lombalgie intense puis, 1 heure plus tard, cette douleur est "descendue" dans le membre inférieur droit. Le trajet douloureux est le suivant : fesse, face postérieure de la cuisse et du mollet, plante du pied dans sa portion externe. Il existe un Lasègue à 20° à droite et vous constatez à l'examen neurologique, outre une abolition du réflexe achilléen droit, une hypoesthésie de l'hémiselle droite.

1. Quelle est la racine atteinte dans ce tableau ?
2. Quelle est la cause la plus probable de ce syndrome neurologique ?
3. Quel trouble urinaire devez-vous systématiquement rechercher chez cet homme ?
4. Pensez-vous qu'une radio simple du rachis lombaire soit utile ?
5. Parmi les examens complémentaires dont vous disposez et à condition que vous puissiez les obtenir sur le champ, quels sont ceux qui vous sont utiles ? Chacun d'entre eux pouvant faire à lui seul le diagnostic étiologique.
6. Pensez-vous que le traitement doit être médical ou chirurgical ? Justifiez votre réponse.

93 - IR2 - P1 DOSSIER N° 12

1. Quelle est la racine atteinte dans ce tableau ? (10)

- Atteinte de la racine S1 droite car trajet de la douleur typique et abolition du réflexe achilléen droit 10
- Il existe de plus une atteinte des dernières racines sacrées droites (syndrome de l'hémi-queue de cheval droite).....NC

2 Quelle est la cause la plus probable de ce syndrome neurologique ? (20)

- Hernie discale L5-S1, car :10
- profession à risque (déménageur)2
- début brusque avec sensation de craquement et lombalgie intense à l'occasion d'un effort de soulèvement2
- symptomatologie unilatérale (atteinte S1 droite et hypoesthésie de l'hémiselle droite)2
- présence d'un signe de Lasègue2
- l'âge jeune2

3. Quel trouble urinaire devez-vous systématiquement rechercher chez cet homme ? (10)

- Perte de besoin d'uriner et rétention vésicale.....10

4. Pensez-vous qu'une radio simple du rachis lombaire soit utile ? (20)

- Oui, la radiologie simple du rachis lombaire face + profil + 3/4 comprenant la charnière lombo-sacrée est utile pour s'assurer de l'absence de lyse, de tassement vertébral, ou de condensation osseuse et de l'absence de trouble de la statique rachidienne ou de spondylolisthésis. De plus il existe des signes en faveur de la hernie discale, comme un bâillement localisé de L5-S1 (bâillement postérieur ou latéral ouvert à droite)20

5. Parmi les examens complémentaires dont vous disposez et à condition que vous puissiez les obtenir sur le champ, quels sont ceux qui vous sont utiles? Chacun d'entre eux pouvant faire à lui seul le diagnostic étiologique. (20)

- 1) Scanner rachidien centré sur l'étage L5-S1, éventuellement pratiqué au décours de la sacco-radiculographie, permettant de bien visualiser la hernie7
- 2) IRM du rachis lombosacré et de la queue de cheval, avec coupes sagittales et transversales, permettant de visualiser la hernie et son retentissement sur le fourreau durai7
- 3) Sacco-radiculographie à l'amipaque avec clichés de face, de profil et de 3/4, montrant typiquement un arrêt extra-durai net à la face antérieure du fourreau dural6
- Pratiquée en cas d'impossibilité de réaliser les deux premiers.....NC

6. Pensez-vous que le traitement doit être médical ou chirurgical ? Justifiez votre réponse. (20)

- Toute compression de la queue de cheval constitue une urgence chirurgicale en raison du risque de lésions irréversibles des racines et des séquelles définitives. Le délai entre l'installation des troubles et le geste chirurgical de décompression est le principal facteur pronostique. La laminectomie avec curetage du disque lésé s'impose donc sans délai dans ce cas20

94 - IR1 - DOSSIER N° 7

Un homme de 52 ans est amené aux urgences dans un état d'excitation apparu subitement. Il a déménagé son appartement pendant la nuit en chantant des chansons grivoises. Il se montre d'une familiarité excessive, dans une tenue débraillée.

1. Quel diagnostic vous évoque ce tableau clinique ?
2. Quels sont les éléments cliniques à rechercher ?
3. Indiquez le traitement pour la première semaine.
4. Quels sont les maladies ou les traitements susceptibles d'induire un tel état ?
5. L'entourage révèle l'existence des troubles suivants au cours des cinq dernières années : le patient aurait présenté un accès identique suivi deux ans après d'une période d'abattement au cours de laquelle il ne parlait plus, paraissait d'humeur sombre et avait maigri de plusieurs kilos. Vers quel diagnostic nosologique ces nouvelles données orientent-elles ? Argumentez.
6. Au bout de trois semaines, le patient, après une première phase d'amélioration, devient de plus en plus triste, renfermé, ne mange plus, et présente à nouveau des troubles du sommeil. Quel est le traitement et quels sont les risques évolutifs de ces nouveaux troubles ?
7. Schématisez le traitement au long cours avec les précautions d'emploi (sans les posologies médicamenteuses).

7. Schématisez le traitement au long cours avec les précautions d'emploi (sans les posologies médicamenteuses). (15)

• 2 axes:	
- lithium (thymorégulateur) per os.....	1
- psychothérapie de soutien.....	2
• Lithiothérapie préventive des rechutes	
- à démarrer à l'hôpital	NC
- bilan pré lithium	2
NFS VS Iono sang, glycémie, calcémie.....	NC
urée, créatinine (clearance), protéinurie 24 heures, ECBU	NC
Rx thorax ECG	NC
TSH T3 T4.....	NC
EEG.....	NC
- atteindre une lithiémie efficace entre 0,6 et 1 mmol/l.....	1
- surveillance : Éducation du patient et de ses proches.....	1
- port d'une carte (- Posologies, date des contrôles, lithiémies ; - Médecin traitant, personne à prévenir en cas d'urgence)	NC
- jamais suivre de régime désodé ni prendre de diurétiques ou de laxatifs pour essayer de perdre du poids	1
• <u>Surveillance des signes de surdosage</u>	1
- céphalées, vomissements	NC
- troubles de l'équilibre, vertige	NC
- diarrhées.....	NC
- tremblement intense et ample.....	NC
- soif.....	NC
- asthénie intense	NC
- dysarthrie.....	NC
- troubles de la vigilance - syndrome confusionnel	NC
• <u>Surveillance médicale</u>	1
- tous les 2 mois dès que le traitement est stabilisé	NC
- état Thymique.....	1
- état somatique.....	NC
- effets secondaires.....	1
- signes de surdosage	NC
• <u>Surveillance biologique</u> DES 2 MO !	1
- lithiémies régulières.....	1
- TSH tous les six mois.....	1
- NFS, urée, créat, Iono, glycémie, calcémie, protéinurie des 24 heures, ECG, tous les ans.....	NC
• <u>Durée du traitement</u> :	NC
- indéfinie	NC
- apprécier en fonction de l'évolution.....	NC

94 - IR1 - DOSSIER N°12

Madame X., 72 ans, vivant seule au domicile, est adressée aux urgences vers 11 heures du matin, avec le mot suivant d'un médecin de garde : "Madame X. que je ne connais pas et dont j'ignore les antécédents et les traitements éventuels, vient de faire un accident vasculaire cérébral. Elle a été trouvée par terre ce matin par sa femme de ménage. Elle présente un déficit brachio-facial droit, un signe de Babinski droit, une aphasie, un certain degré d'agitation et de confusion. La tension artérielle est à 160/90 mmHg, le pouls régulier à 80/minute, la température rectale est à 37,2°C. Le reste de l'examen clinique est négatif, il n'y a aucune trace de contusion, aucune morsure de langue, mais la malade a uriné sous elle. La veille, la femme de ménage l'avait trouvée tout à fait bien, ne se plaignant de rien. Merci de la prendre en charge...".

1. En l'absence de tout autre renseignement et l'examen clinique n'apportant rien de plus, de quels examens complémentaires simples doit-on disposer dans l'immédiat et pourquoi ?
2. Comment interpréter la perte d'urines ?
3. Les examens précédents étant négatifs, faut-il demander un examen tomodensitométrique cérébral ? Motivez brièvement votre réponse.
4. En fait, il s'avère qu'en quelques heures, le déficit s'atténue puis disparaît le jour même. La fille de la malade, jointe, précise qu'il s'agit d'une hypertension artérielle modérée (la TA systolique n'a jamais dépassé 200 mmHg) traitée depuis plusieurs années avec un bon contrôle tensionnel (130/90) par 2 comprimés par jour d'Adalate LP®.
Les examens complémentaires suivants sont prescrits : Holter ECG, échographie + doppler des artères cervicales, échographie cardiaque bi-dimensionnelle. Les auriez-vous prescrits et dans quels buts ?
5. Après 3 jours d'observation, la TA est à plusieurs reprises, sans traitement, à 190/100, sans hypotension orthostatique. Faut-il redonner à moyen terme un traitement ? L'Adalate LP® ou un autre type de produit ?
6. La famille et la patiente s'inquiètent quand on parle de sortie. "Et si elle refaisait un malaise, une chute ? Ne vaudrait-il pas mieux envisager une maison de retraite, bien qu'elle ait tout le confort chez elle et une femme de ménage ? Sa fille unique habite en province !" Qu'en pensez-vous ?
7. Peu de temps après la sortie, le résultat du Holter-ECG révèle deux épisodes diurnes anormaux, dont l'un reproduit est ci-dessous. Quelle est votre interprétation du tracé ? Ce tracé vous suggère-t-il une hypothèse quant au mécanisme de l'AVC : laquelle ?



94 - IR1 - DOSSIER N°12

1. En l'absence de tout autre renseignement et l'examen clinique n'apportant rien de plus, de quels examens complémentaires simples doit-on disposer dans l'immédiat et pourquoi ? (15)

- Les deux examens les plus urgents sont
 - la glycémie, afin de rechercher un diabète décompensé.....3
 - l'ECG à la recherche de signes d'insuffisance coronaire aiguë et de troubles du rythme potentiellement emboligènes3
- On réalisera également à titre systématique
 - NFS plaquettes ; Groupe rhésus RAI.....2
 - TP et TCA : Indispensables en cas d'indication aux anticoagulants.....2
 - ionogramme sanguin, urée, créatinine, calcémie à la recherche d'un trouble métabolique (d'autant qu'il existe une agitation)1
 - CPK, LDH, ASAT : infarctus myocardique.....1
 - radiographie du thorax.....1
 - le scanner cérébral est également demandé en urgence, mais n'est pas un examen "simple"..... 2

2 Comment interpréter la perte d'urines ? (10)

- La perte d'urines peut être liée
 - à l'immobilisation prolongée avec impossibilité de se lever pour aller uriner5
 - ou
 - à une éventuelle perte de connaissance qu'elle qu'en soit l'origine (syncope prolongée par trouble du rythme cardiaque, crise d'épilepsie, etc)5

Commentaire : En tout cas, cette perte d'urines ne signifie pas automatiquement qu'il y a eu crise d'épilepsie généralisée. C'était le piège de cette question.

3. Les examens précédents étant négatifs, faut-il demander un examen tomodensitométrique cérébral ? Motivez brièvement votre réponse. (15)

- Oui. Le scanner cérébral sans injection est indispensable :2
 - pour poser le diagnostic d'accident vasculaire cérébral, de loin le plus probable ici compte tenu de la brutalité du mode de survenue.....2
 - pour éliminer d'autres causes d'hémiplégie : hématome sous dural ou extra-dural, tumeur cérébrale, abcès du cerveau.....5
 - pour préciser le type de l'accident vasculaire cérébral :2
 - accident ischémique avec scanner initial normal ou hypodensité ayant une topographie correspondant à un territoire artériel2
 - accident hémorragique avec hyperdensité spontanée arrondie intra-parenchymateuse..... 2

4. En fait, il s'avère qu'en quelques heures, le déficit s'atténue puis disparaît le jour même. La fille de la malade, jointe, précise qu'il s'agit d'une hypertension artérielle modérée (la TA systolique n'a jamais dépassé 200 mmHg) traitée depuis plusieurs années avec un bon contrôle tensionnel (130/90) par 2 comprimés par jour d'Adalate LP@.

Les examens complémentaires suivants sont prescrits: Holter ECG, échographie + doppler des artères cervicales, échographie cardiaque bi-dimensionnelle. Les auriez-vous prescrits et dans quels buts ? (15)

- Oui, ces examens sont indispensables pour préciser l'étiologie de l'AVC (dans l'hypothèse où il s'agit d'un accident ischémique)2
- On commencera par l'écho-doppler cervical à la recherche d'une sténose carotidienne gauche dont on précisera le degré et le retentissement hémodynamique5

- Si l'écho-doppler est normal on pratiquera
 - une échographie cardiaque à la recherche d'un thrombus intra-cardiaque, d'une valvulopathie mitrale importante, d'un anévrisme du ventricule gauche, d'un myxome de l'oreillette (cardiopathies emboligènes), La voie trans-cesophagienne est plus rentable ici, mais invasive.....3
 - un holter-ECG à la recherche d'un trouble du rythme paroxystique emboligène (arythmie complète par fibrillation auriculaire en particulier, fréquente chez le sujet âgé même en l'absence de cardiopathie associée)3
- Cette enquête étiologique est indispensable pour prévenir le mieux possible la récurrence ultérieure d'un accident ischémique constitué.....2

5. Après 3 jours d'observation, la TA est à plusieurs reprises, sans traitement, à 190/100, sans hypotension orthostatique. Faut-il redonner à moyen terme un traitement ? L'Adalate LP® ou un autre type de produit ? (15)

- Les chiffres tensionnels à 3 jours d'un accident ischémique reflètent une réponse physiologique à l'ischémie cérébrale. Dans cette phase aiguë des tensions artérielles relativement élevées doivent être tolérées. Au-delà de 22/12 il convient de faire baisser la TA, mais de façon progressive et modérée15
- Par contre, si les chiffres tensionnels demeurent élevés à distance (on attend le 8^e jour) de l'accident initial, il convient de prescrire un traitement anti-hypertenseur. L'adalate LPe conviendrait alors parfaitement chez cette patiente relativement âgéeNC

6. La famille et la patiente s'inquiètent quand on parle de sortie. "Et si elle refaisait un malaise, une chute ? Ne vaudrait-il pas mieux envisager une maison de retraite, bien qu'elle ait tout le confort chez elle et une femme de ménage ? Sa fille unique habite en province!" Qu'en pensez-vous ? (15)

- La survenue d'un accident ischémique transitoire ne justifie aucunement le placement en maison de retraite dans la mesure où la patiente est autonome10
- Il convient donc de rassurer la famille en insistant sur le faible risque de récurrence dès lors que le traitement préventif est bien suivi.....5

7. Peu de temps après la sortie, le résultat du Holter ECG révèle deux épisodes diurnes anormaux, dont l'un reproduit est ci-dessous. Quelle est votre interprétation du tracé ? Ce tracé vous suggère-t-il une hypothèse quant au mécanisme de l'AVC : laquelle ? (15)

- Ils'agit d'un épisode d'arythmie complète par fibrillation auriculaire : rythme irrégulier, absence d'onde P. Fibrillation de la ligne isoélectrique10
- Ce tracé suggère l'hypothèse d'une embolie cérébrale d'origine cardiaque (migration d'un embolo à partir d'un thrombus de l'oreillette gauche)5

SOMMAIRE

Dossier N°1 : Un syndrome méningé fébrile	7
Dossier N°2 : Une maladie d'Alzheimer ?.....	11
Dossier N°3 : Céphalée brutale et impotence du membre inférieur gauche	15
Dossier N°4 : Une crise d'angoisse aiguë	19
Dossier N°5 : 16 ans, 40 kilos, 1 m 70.....	23
Dossier N°6 : Le petit Luc, 10 mois, inquiète sa mère	27
Dossier N°7 : Un accident vasculaire cérébral.....	29
Dossier N°8 : Vertiges et vomissements brutaux.....	33
Dossier N°9 : Une femme revoit ses souvenirs de vacances	37
Dossier N°10 : Une paraparésie flasque après un faux mouvement	39
Dossier N°11 : Une gêne à la marche	43
Dossier N°12 : Crise d'épilepsie du post-partum.....	47
Dossier N°13 : Ptosis après une chute de vélo.....	51
Dossier N°14 : Un alcoolique confus.....	55
Dossier N°15 : Ralentissement psychomoteur chez un patient infecté par le VIH	59
Dossier N°16 : Une hémiplégie chez une femme de 26 ans	61
Dossier N°17 : Céphalées, asthénie, flou visuel et vomissements depuis deux semaines	65
Dossier N°18 : Céphalée brutale	69
Dossier N°19 : Un ancien agriculteur perd la mémoire	73
Dossier N°20 : Un syndrome confusionnel post traumatique.....	77
Dossier N°21 : Céphalées et troubles des fonctions supérieures	81
Dossier N°22 : Céphalées depuis un mois chez un garçon de 11 ans.....	85
Dossier N°23 : Un syndrome cérébelleux chez une femme de 25 ans.....	89
Dossier N°24 : Détérioration intellectuelle subaiguë chez un autre séropositif pour le VIH	93
Dossier N°25 : Renouvellement d'ordonnances chez un séropositif pour le VIH.....	95
Dossier N°26 : Une femme de 30 ans fait de la gymnastique en pleine nuit	99
Dossier N°27 : Une femme de 45 ans chute sur la voie publique.....	103
Dossier N°28 : Céphalées paroxystiques chroniques	107
Dossier N°29 : A propos des neuroleptiques	111
Dossier N°30 : Un homme de 32 ans n'en peut plus	115
Dossier N°31 : Une hémiplégie	119
Dossier N°32 : Un banquier reste cloîtré chez lui	123
Dossier N°33 : Une veuve est traitée de salope par son voisinage	127
Dossier N°34 : Des troubles de mémoire chez un médecin de 52 ans	131
Dossier N°35 : Un trouble psychiatrique du post-partum	135
Dossier N°36 : Un jeune de 20 ans consulte pour troubles du comportement	137
Dossier N°37 : Un homme insensible à la douleur.....	141
Dossier N°38 : Un surdosage en lithium	143
Dossier N°39 : Une crise convulsive généralisée fébrile	147
Dossier N°40 : Un tremblement de la main droite	151
10 dossiers des annales 1991- 1996	155