

DOSSIER N°1 : Une jeune femme ne peut plus faire ses courses

Madame F., employée de banque de 26 ans, est en arrêt de travail depuis un mois. Elle ne peut plus se rendre seule à son travail par le métro ni dans aucun lieu public. Lorsqu'on lui demande pourquoi, elle argue du fait qu'il pourrait lui arriver un malaise sans qu'on lui porte secours assez vite. D'ailleurs, par prudence, elle garde toujours dans son sac à main une carte avec le numéro de son mari à prévenir en cas d'accident.

Lors des fêtes de fin d'année, elle a tenté de se rendre dans les grands magasins mais n'a pu en franchir le seuil, décrivant l'apparition d'une angoisse importante avec dérobement des jambes, tachycardie, peur d'étouffer. Finalement, elle a pu acheter ses cadeaux car sa meilleure amie l'a accompagnée aux Galeries L. et elle n'a ressenti aucun trouble en sa compagnie. Elle a, depuis peu, des difficultés à s'endormir et manque d'appétit.

1. Faites l'analyse sémiologique du texte.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quels sont les mécanismes mis en œuvre dans l'apparition des symptômes ?
4. Donnez les caractéristiques de la personnalité sous jacente.
5. Quelles complications peut-on craindre dans ce type de pathologie ?
6. Quel traitement proposez-vous ?

DOSSIER N°1

1. Faites l'analyse sémiologique du texte. (15)	
• Femme jeune.....	2
• Agoraphobie (peur de la foule, des lieux publics).....	2
• Somatisation	2
• Anticipation anxieuse	2
• Conduites de réassurance:	2
- avec objet contraphobique (carte dans le sac à main).....	1
- et personne contraphobique.....	1
• Conduites d'évitement:	2
- des situations phobogènes.....	1
2 Quel est votre diagnostic ? (25)	
• Agoraphobie.....	10
• Sans trouble panique défini	5
• Compliquée d'une symptomatologie dépressive	10
3. Quels sont les mécanismes mis en œuvre dans l'apparition des symptômes? (10)	
• Déplacement	3
• De l'angoisse de castration	2
• Sur un objet phobogène	2
• Et symbolisation	3
4. Donnez les caractéristiques de la personnalité sous jacente. (10)	
• Personnalité phobique, dominée par:	5
- émotivité (voire labilité émotionnelle)	1
- timidité	1
- inhibition	1
- vigilance inquiète	1
- parfois attitudes de fuite en avant	1
5. Quelles complications peut-on craindre dans ce type de pathologie ? (20)	
• Dépression	4
*Tentative de suicide	4
• Retrait social, isolement	4
• Addiction médicamenteuse	4
• Alcoolisme	4
6. Quel traitement proposez-vous ? (20)	
• Traitement anxiolytique	4
• LEXOMIL®(ou XANAX®...)	1
• Traitement antidépresseur (en cas de dépression associée, et prévention des attaques de panique)	3
• Psychothérapie d'inspiration analytique	5
• Psychothérapie comportementale	5
• Surveillance de l'efficacité du traitement, des effets indésirables	2

DOSSIER N°2: Une baisse d'acuité visuelle transitoire

Monsieur P., 62 ans, hypertendu connu traité depuis 8 ans par COVERSYL® vient vous voir 24 heures après la survenue brutale d'une baisse d'acuité visuelle dans la partie droite de son champ visuel ayant duré environ 5 mn. Il a consulté son ophtalmologiste qui n'a pas retrouvé d'anomalie particulière.

L'examen neurologique que vous pratiquez est normal. Il n'y a pas eu de céphalées, de déficit moteur ni de trouble phasique contemporains du trouble visuel ; le patient signale depuis quelques jours, l'existence d'accès de palpitations irrégulières. Vous évoquez un AIT.

1. Donnez la définition et les caractéristiques sémiologiques d'un accident ischémique transitoire.
2. Quels sont les principaux diagnostics différentiels des AIT ? (citez les sans détailler)
3. Comment interrogez-vous le patient sur le trouble visuel pour avoir plus de renseignements sur le territoire vasculaire incriminé ?
4. Le patient vous décrit une amaurose transitoire. Par ailleurs, il vous explique qu'il a été gêné il y a deux jours, par une vision double de quelques minutes qu'il a pu corriger en fermant un œil. Comment interprétez-vous cet épisode ?
5. Que devez-vous rechercher à l'examen clinique ?
6. Quel traitement mettez-vous en route ?
7. Quelles sont les principales étiologies des AIT ?
8. Quelle étiologie évoquez-vous chez ce patient sur les données de l'observation ?

DOSSIER N°2

1. Donnez la définition et les caractéristiques sémiologiques d'un accident ischémique transitoire. (15)

- Déficit neurologique5
- Focal2
- du SNC1
- correspondant à un territoire vasculaire1
- d'installation brutale ou en quelques secondes2
- récupérant de façon complète2
- en moins de 24 heures2

2 Quels sont les principaux diagnostics différentiels des AIT ? (citez les sans détailler) (15)

- Crise d'épilepsie focale5
- Migraine accompagnée5
- Hypoglycémie5
- Tumeurs et malformations vasculaires cérébralesNC
- SEP (phénomène d'Uhthoff après une NORB par exemple)NC

3. Comment interrogez-vous le patient sur le trouble visuel pour avoir plus de renseignements sur le territoire vasculaire incriminé ? (5)

- On lui demande s'il s'est caché alternativement chaque œil1
- Une cécité monoculaire évoque un AIT carotidien1
- En fermant son œil gauche le patient ne voyait plus1
- Une hémianopsie altitudinale évoque surtout un AIT vertébrobasilaire (mais une HLH peut être d'origine carotidienne)1
- En fermant son œil gauche, le patient voyait la partie gauche de son champs visuel avec l'œil droit1

4. Le patient vous décrit une amaurose transitoire. Par ailleurs, il vous explique qu'il a été gêné il y a deux jours, par une vision double de quelques minutes qu'il a pu corriger en fermant un œil. Comment interprétez-vous cet épisode ? (5)

- Diplopie1
- Binoculaire1
- Transitoire1
- En rapport avec un AIT1
- Vertébrobasilaire1

5. Que devez-vous rechercher à l'examen clinique ? (20)

- À l'interrogatoire
 - recherche d'autres épisodes déficitaires2
 - facteurs de risque de l'athérosclérose2
 - notion de cardiopathie connue2
 - prises médicamenteuses1
- À l'examen
 - examen neurologique, déjà évoqué, normal1
 - auscultation cardiaque2
 - à la recherche d'un souffle1
 - d'un trouble du rythme2
 - auscultation et palpation des artères cervicales, à la recherche d'un souffle2
 - palpation des artères temporales (Horton)2

- mesure de la pression artérielle et du pouls aux deux bras2
- auscultation des globes oculaires1

6. Quel traitement mettez-vous en route ? (20)

- Hospitalisation en urgence2
- Pour traitement anticoagulant : héparine IVSE.....5
- À doses efficaces (400 à 600 UI/kg/jour) ..5
- Devant la récurrence des AIT pour éviter un AVC2
- Après scanner cérébral (oubli = 0).....5
- Dans l'attente du traitement étiologique

7. Quelles sont les principales étiologies des AIT ? (10)

- Athérosclérose des artères à visée cérébrale (oubli = 0)3
- Cardiopathie emboligène (oubli =0)3

Les autres causes sont plus rares

- Anomalies artérielles non athéromateuses (artérites, mycose, dissection, dysplasie ...).....2
- *Affections hématologiques (polyglobulie, drépanocytose, anomalie de la coagulation)2
- Contraception oraleNC

8. Quelle étiologie évoquez-vous chez ce patient sur les données de l'observation ? (10)

- AIT par cardiopathie emboligène3
- Probable trouble du rythme paroxystique3
- Évoqué sur l'existence de palpitations irrégulières2
- Et la description de deux AIT dans deux territoires différents (carotidien pour l'amaurose et vertébrobasilaire pour la diplopie)2

DOSSIER N°3 : Une douleur faciale

Monsieur F., 30 ans, se présente à votre cabinet, pour un nouvel avis thérapeutique concernant ses « migraines » qui le font souffrir depuis deux ans. La dernière « crise » a eu lieu aujourd'hui et s'est achevée trois heures plus tôt. Il ne pouvait pas travailler et a pensé se « taper la tête contre les murs ».

L'examen clinique est normal ; l'interrogatoire détaillé vous oriente vers une algie vasculaire de la face.

1. Quelles sont les caractéristiques de la douleur qui vous ont orienté ?
2. Quelle chronologie de la douleur avez-vous pu retrouver à l'interrogatoire ?
3. Quels autres signes contemporains de la douleur le patient a-t-il pu vous décrire ?
4. Que pensez-vous de la normalité de l'examen ?
5. Quel traitement proposez-vous ?

DOSSIER N°3

1. Quelles sont les caractéristiques de la douleur qui vous ont orienté ? (25)

- Douleur unilatérale5
- À maximum oculaire ou péri-oculaire5
- Irradiant vers le front, la tempe, la joue, la gencive supérieure5
- Continue, extrêmement sévère5
- D'emblée violente mais paroxystique en quelques minutes5

2. Quelle chronologie de la douleur avez-vous pu retrouver à l'interrogatoire ? (25)

- Débute et s'arrête en quelques minutes5
- Dure entre 15 mn et 3h5
- 1 à 8 crises par jour5
- Pendant quelques jours ou quelques semaines5
- Une à plusieurs fois par an avec des périodes de rémission pouvant être longues5

3. Quels autres signes contemporains de la douleur le patient a-t-il pu vous décrire ? (10)

- Injection conjonctivale, larmoiement2
- Congestion nasale, rhinorrhée2
- Sudation du front, de la face2
- Claude Bernard Horner (myosis, ptosis)2
- Œdème de la paupière2

4. Que pensez-vous de la normalité de l'examen ? (20)

- La normalité de l'examen était attendue10
- Une anomalie, en dehors des crises orienterait vers un autre diagnostic10

5. Quel traitement proposez-vous ? (20)

- Traitement de la crise
 - dihydroergotamine (inhalation, SC, IM, IV)2
 - tartrate d'ergotamine (per os, suppositoires)2
 - sumatriptan (SC) +++2
 - O₂ pur, par masque (7 à 8 L/mn pendant 15 mn)2
- Traitement de fond des épisodes
 - tartrate d'ergotamine2
 - méthysergide2
 - pizotifène2
 - vérapamil2
 - prednisone (40 mg/jour pendant 5 jours 10 à 20 mg/jour)2
 - pour les formes chroniques lithium 600 mg/jour2

DOSSIER N°4: Un homme saoul sans avoir bu d'alcool

Vous voyez monsieur R., âgé de 40 ans, le lendemain de son arrivée en hospitalisation d'office dans l'établissement où vous travaillez. Les documents dont vous disposez vous apprennent qu'il a été interpellé hier par la Police à 23 heures, à son domicile où il vit seul, dans un état de grande agitation après avoir brisé plusieurs carreaux car il s'était enfermé accidentellement dans sa cuisine. Ce sont les voisins qui ont appelé les forces de l'ordre ; il a un peu « bousculé » sa gardienne qui leur a ouvert la porte de l'appartement.

L'examen clinique initial, réalisé aux urgences, révélait « un tableau ébrieux avec incoordination motrice, dysarthrie, levée des inhibitions, et toujours un certain degré d'agressivité ». L'alcoolémie était négative, la recherche de toxiques positive pour les barbituriques. L'HO a été décidée devant le refus du patient d'être hospitalisé et son agressivité croissante. Le lendemain, le patient est calme, il n'est pas confus ni désorienté, mais un peu somnolent sous benzodiazépines ; vous notez à l'examen clinique, un syndrome cérébelleux à pré-dominance statique. Il nie toute intoxication éthylique mais reconnaît prendre depuis longtemps (et à fortes doses depuis quelques jours du SYMPATHIL®) qui contient du phénobarbital mais qui est délivré sans ordonnance.

1. Rappelez les règles de la mise en place d'une hospitalisation d'office.
2. Quelle est votre hypothèse diagnostique sur l'épisode présenté par le patient ?
3. Donnez les principes d'un sevrage aux barbituriques.
4. Quelles sont les complications que l'on peut attendre lors d'un tel sevrage ?
5. Dès les premiers jours d'hospitalisation, le comportement du patient est très satisfaisant et son adhésion au traitement totale ; la gardienne et les voisins ne portent pas plainte ; quelle est votre attitude quant au mode d'hospitalisation ?
6. Pourquoi n'utilise-t-on plus les barbituriques comme somnifères ?

DOSSIER N°4

1. Rappelez les règles de la mise en place d'une hospitalisation d'office. (18)
 - Procédure habituelle (article L342 du code de la santé publique)3
 - Nécessite un certificat médical circonstancié (rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement)2
 - Au vu duquel le Préfet du département (le Préfet de police à Paris) prononce un arrêté préfectoral2
 - 2e certificat médical rédigé par un médecin de l'établissement dans les 24 heures et envoyé à la préfecture2
 - Procédure en cas de danger imminent (art. L343)3
 - En cas de danger pour la sûreté des personnes2
 - Attesté par un certificat médical ou à défaut par la notoriété publique2
 - Le Préfet devant statuer dans les 48 heures2

2. Quelle est votre hypothèse diagnostique sur l'épisode présenté par le patient? (15)
 - Intoxication aiguë aux barbituriques10
 - Peut en imposer pour une intoxication éthylique1
 - Ici, négativité de l'alcoolémie1
 - Recherche des barbituriques positive1
 - Tableau ébrieux, syndrome cérébelleux1
 - Agressivité, agitation1

3. Donnez les principes d'un sevrage aux barbituriques. (22)
 - En hospitalisation2
 - Arrêt immédiat et définitif du SYMPATHIL®.....2
 - Couverture par GARDÉNAL®(15-20 mg à diminuer progressivement)5
 - Couverture par benzodiazépine5
 - Rééquilibration hydro-électrolytique2
 - Éventuelle vitaminothérapie.....2
 - Surveillance EEG2
 - Psychothérapie de soutien2

4. Quelles sont les complications que l'on peut attendre lors d'un tel sevrage ? (15)
 - Crises comitiales5
 - État confusionnel possible5
 - Avec possible délire onirique1
 - Apparition d'une insomnie, d'une anxiété2
 - Asthénie, trouble du caractère, irritabilité2

5. Dès les premiers jours d'hospitalisation, le comportement du patient est très satisfaisant et son adhésion au traitement totale; la gardienne et les voisins ne portent pas plainte; quelle est votre attitude quant au mode d'hospitalisation ? (10)
 - Demande rapide de levée d'HO5
 - Avec un certificat médical à envoyer à la préfecture (préfecture de police à Paris)5
 - Au vu duquel le préfet prononcera un arrêtéNC

6. Pourquoi n'utilise-t-On plus les barbituriques comme somnifères ? (20)
 - Inhibition du sommeil paradoxal5
 - Rebond de l'insomnie à l'arrêt du traitement5
 - Risque de cauchemars à l'arrêt du traitement5
 - Tolérance, toxicomanie5

DOSSIER N05: Un syndrome confusionnel

Monsieur H., 45 ans, chauffeur routier au chômage, est conduit aux urgences par son frère qui l'a retrouvé il y a deux heures dans l'escalier de son immeuble tenant des propos incohérents et en proie à des visions terrifiantes qu'il cherche à fuir. Monsieur H. est un alcoolique notoire, en fin de droit des ASSEDICS ; il vit seul et depuis trois jours était alité pour une « mauvaise grippe ».

L'examen révèle un patient confus, trémulent, délirant et anxieux. On retrouve aussi des signes de déshydratation extra-cellulaire, une température à 38°C ; le pouls est à 90, la TA à 12/6.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
2. Donnez les caractéristiques d'un syndrome confusionnel.
3. Que recherchez-vous dans ce contexte à l'examen neurologique ?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous dans un premier temps ?
5. Votre examen et l'anamnèse vous orientent vers votre premier diagnostic. Quel traitement mettez-vous en route ?
6. L'évolution est favorable. Lorsque la sortie est décidée, monsieur H. est désireux d'arrêter de boire. Que peut-on lui proposer ? (donner les grandes lignes)

DOSSIER N°5

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? (15)

• Délirium tremens	10
• Avec syndrome confuso-onirique	1
• Hallucinations visuelles	1
• Signes neurologiques (tremblement)	1
• Signes généraux marqués (fièvre, déshydratation)	1
• Notion d'un probable sevrage	1

2. Donnez les caractéristiques d'un syndrome confusionnel. (20)

* Trouble de la conscience et de la vigilance	2
• Désorientation temporo-spatiale	2
• Troubles mnésiques, surtout antérogrades	1
• Perplexité anxieuse	2
• Délire onirique	2
• Entraînant une adhésion totale	1
• Comportant des hallucinations	1
- visuelles	1
- ± auditives, cénesthésiques	1
- le plus souvent terrifiantes, source d'angoisse	1
• Variation du tableau sur le nyctémère	1
• Recrudescence vespérale	2
• Perturbation du cycle veille-sommeil	2
• Troubles de l'état général	1

3. Que recherchez-vous dans ce contexte à l'examen neurologique ? (15)

• Signes de Gayet-Wernicke :	3
- avec hypertonie	1
- paralysies oculomotrices	1
- et nystagmus	1
• Syndrome cérébelleux	1
• Signes d'hématome sous dural	3
• Syndrome pyramidal, déficit moteur latéralisé	1
• Anomalie pupillaire	1
• Syndrome méningé	3

4- Quels examens complémentaires demandez-vous dans un premier temps? (20)

• Bilan hydro-électrolytique (oubli = 0)	4
• Urée, créatinine	2
• Glycémie (oubli = 0)	2
• NFS, plaquettes, GDS	2
• Calcémie	1
• Hémocultures	1
• Alcoolémie	2
• EEG	2
• Scanner cérébral (HSD ?) (oubli = 0)	4

9. Votre examen et l'anamnèse vous orientent vers votre premier diagnostic. Quel traitement mettez-vous en route ? (20)

• Début du traitement en urgence	1
• Hospitalisation	1
• Correction des troubles hydro-électrolytiques	1
• Réhydratation (oubli = p)	2
- parentérale	1
- 5 à 6L/24h.....	2
- de G5 % (avec NaCl, KCl)	1
• Vitaminothérapie IM ou IV	2
- Chimiothérapie sédatrice IM :	2
- par EQUANIL® ou VALIUM®	1
• Si délire onirique prégnant, ajout d'un neuroleptique	1
• Nutrition calorique dès que possible (48e h)	1
• Nursing	1
• Surveillance	2
* Prévention des phlébites : par injection SC d'une HBPM	1

6. L'évolution est favorable. Lorsque la sortie est décidée, monsieur H. est désireux d'arrêter de boire. Que peut-on lui proposer ? (donner les grandes lignes) (10)

• Maintien de l'abstinence	2
• Cure de dégoût (ESPÉRAL®)	1
• Traitement des troubles de l'humeur	2
• Si besoin, prescription d'un antidépresseur (alcoolisme secondaire ou dépression de sevrage)	1
- Aide psychothérapique individuelle	2
- Associations d'anciens buveurs	2

DOSSIER W6: Une crise d'épilepsie généralisée

Mademoiselle M., 15 ans, est adressée à votre consultation pour avis diagnostique et thérapeutique après une première crise tonico-clonique généralisée (CGTC) survenue hier matin au réveil. La description de la crise vous est faite avec précision par sa mère qui l'accompagne : elle a noté des mouvements rythmiques bilatéraux, des deux membres supérieurs puis la perte de connaissance, avec les manifestations tonico-cloniques.

L'interrogatoire vous apprend qu'il y a eu, ces derniers mois des « accidents » nocturnes (réveils dans des draps souillés d'urine, bosses sur le front, chute du lit). Toute la famille a remarqué sa « maladresse » qui occasionne des incidents au petit déjeuner: elle lâche brusquement sa tasse pleine par exemple. L'examen neurologique est normal.

1. Quel syndrome épileptique suggèrent à priori les éléments de l'observation ? Justifiez ?
2. Quel examen fondamental confirme ce diagnostic et quels en sont les résultats ?
3. Décrivez une CGTC sur le plan EEG.
4. Vous vous orientez vers le diagnostic évoqué en (1). Quel est votre traitement de première intention ?
5. Quels en sont les principaux effets secondaires ?
6. Deux ans plus tard, mademoiselle M. vient vous voir avec une prescription de contraception orale. Qu'en pensez-vous compte-tenu de son traitement ?

DOSSIER N°6

1. Quel syndrome épileptique suggèrent à priori les éléments de l'observation ? Justifiez. (20)

• Épilepsie généralisée idiopathique	5
• Plus précisément: épilepsie myoclonique juvénile	5
* Apparition dans l'adolescence	2
• Accès de myoclonies	2
• Matinales	1
• Bilatérales	1
• Préférentiellement des membres supérieurs	1
• Avant la CGTC	1
• Et de façon isolée (incidents du petit déjeuner)	1
• CGTC au réveil	1

2 Quel examen fondamental confirme ce diagnostic et quels en sont les résultats ? (20)

• L'EEG, qui montre	10
- en intercritique	1
- sur une activité de fond normale	1
- des décharges généralisées	1
- de pointes ondes	1
- et de polypointes ondes	1
- de fréquence supérieure à 3 Hz	1
- photosensibilité fréquente	2
- anomalies sensibilisées par le sommeil	2

3. Décrivez une CGTC sur le plan EEG. (15)

• Activité rapide	1
• De bas voltage	1
• D'amplitude accélérée	1
• Lors de la phase tonique	1
• Polypointes	2
• Ou polypointes ondes	2
• Progressivement ralenties	1
• Pendant la phase clonique	1
• Laissant place à des ondes lentes	2
• En phase post-critique	1
• Persistant parfois plusieurs heures	1
• Dans ce cas précis, un accès de myoclonies peut être enregistré avant la CGTC	1

4. Vous vous orientez vers le diagnostic évoqué en (1). Quel est votre traitement de première intention ? (20)

• On choisit un anti-épileptique majeur	5
• En monothérapie	5

Ici, le traitement de choix peut être

• Le valproate de sodium (DÉPAKINE®) (VPA) actif sur les CGTC et les myoclonies. On utilisera la forme chrono en deux prises à 20 mg/kg/jour	10
--	----

5. Quels en sont les principaux effets secondaires ? (10)

- Troubles digestifs1
- Prise de poids1
- Alopécie1
- Hirsutisme1
- Tremblement d'attitude1
- Thrombopénie1
- Hyperammoniémie1
- Hépatite aiguë cytolytique1
- Exceptionnelle encéphalopathie à la dépakine1
- Tératogénicité (spina bifida)1

G Deux ans plus tard, mademoiselle M. vient vous voir avec une prescription de contraception orale. Qu'en pensez-vous compte tenu de son traitement ? (15)

- Le valproate de sodium est inhibiteur enzymatique et non inducteur (CBZ, phénobarbital)10
- La contraception orale est donc efficace avec le valproate de sodium5

DOSSIER N07: Des malaises épigastriques

Monsieur V., 23 ans, présente depuis une dizaine d'années, des manifestations paroxystiques ; le plus souvent, il s'agit de phénomènes brefs, durant quelques secondes

- il ressent un malaise épigastrique,
- à type de striction, d'oppression,
- impression ascendante vers le thorax puis le visage,
- il respire moins bien, mâchonne un peu,
- ne perd pas connaissance, comprend ce qu'on lui dit,
- il peut dire que c'est terminé.

Parfois, après un début identique, il existe une rupture de contact authentifiée par l'entourage avec des mouvements de mastication et des gestes dont celui de se frotter le ventre. Rarement, il existe après ces phénomènes, des chutes avec mouvements tonico-cloniques. Il vous apporte un EEG critique avec une décharge de pointes rythmiques hémisphériques droites.

1. Quels différents types de crises pouvez-vous relever dans l'observation ?
2. Quel diagnostic évoquez-vous ?
3. Précisez votre interrogatoire sur les antécédents du patient ?
4. Le bilan neuro-radiologique est normal, comment classez-vous cette épilepsie ?
5. Quel est le traitement de choix des épilepsies partielles ? Quels en sont les effets indésirables principaux ?
6. En fait, monsieur V. présente une accélération de la fréquence de ses crises malgré une trithérapie anti-épileptique à posologies suffisantes. Comment peut-on qualifier son épilepsie ? Quelle alternative lui proposer ? Quelles en sont les modalités préliminaires ?

DOSSIER N°7

1. Quels différents types de crises pouvez-vous relever dans l'observation ? (20)

• Crises partielles simples	5
- avec manifestations neuro-végétatives	1
- quelques automatismes oraux	1
- sans rupture du contact	1
• Crises partielles complexes	5
- idem avec rupture du contact	1
- automatismes gestuels et oraux alimentaires	1
• Crises partielles secondairement généralisées	5

2 Quel diagnostic évoquez-vous ? (15)

• Épilepsie du lobe temporal droit	10
• Intéressant initialement les structures limbiques	5

3. Précisez votre interrogatoire sur les antécédents du patient ? (20)

• Antécédents familiaux d'épilepsie	2
• Déroulement de la grossesse (métrorragies, infections)	1
• Prématurité	1
• Anoxie néonatale	1
• Apgar	1
• Traumatisme obstétrical	1
• Développement psychomoteur	1
• Scolarité	1
• Méningite ou méningo-encéphalite	1
• Traumatisme crânien	1
• Convulsions fébriles	2
• Date de la première crise	1
• Aspect des crises	1
• Facteurs déclenchants	1
• Modification des symptômes depuis le début	1
• Fréquence des crises	1
*Traitements (noms, posologies, résultats)	1
• Antécédents d'absences dans l'enfance	1

4. Le bilan neuroradiologique est normal, comment classez-vous cette épilepsie ? (10)

• Épilepsie partielle cryptogénique	10
---	----

5. Quel est le traitement de choix des épilepsies partielles ? Quels en sont les effets indésirables principaux ? (15)

• Carbamazépine (TEGRETOL®)	10
• Asthénie	1
• Sensations vertigineuses, ataxie	1
• Leucopénie, agranulocytose	1
• Sécrétion inappropriée d'ADH	1
• Induction enzymatique	1

& En fait, monsieur V. présente une accélération de la fréquence de ses crises malgré une trithérapie anti-épileptique à posologies suffisantes. Comment peut-on qualifier son épilepsie ? Quelle alternative lui proposer ? Quelles en sont les modalités préliminaires ? (20)

• Épilepsie pharmaco résistante	5
• On peut proposer un bilan préchirurgical	5
• Long et soigneux	1
* Avertir le patient des délais, qu'il peut être récusé	1
• Évaluation psychologique et psychiatrique	1
• Évaluation de la pharmacorésistance	1
• Sémiologie détaillée clinique et EEG (vidéo-EEG)	1
* Évaluation neuropsychologique poussée	1
-avec test de Wada (à l'amytal)	1
• Évaluation morphologique (IRM avec FLAIR...)	1
-activité métabolique cérébrale (PET, SPECT)	1
* Implantation d'électrodes profondes	1

DOSSIER N°8: Un traumatisme crânien

Le jeune V., âgé de 15 mois, est amené aux urgences par ses parents à 20 heures. Il a chuté vers 14 heures de sa table à langer. Il n'a pas pleuré immédiatement, mais un bon moment après la chute. Dans l'après-midi, tout allait bien, mais à l'heure du dîner, il a vomi et sa mère a été inquiétée parce qu'il n'arrivait pas à saisir sa cuillère avec sa main droite. Il est également décrit comme « trop calme », « moins vif » que d'ordinaire par ses parents.

1. Précisez votre interrogatoire et l'examen clinique.
2. Les radiographies du crâne montrent un trait de fracture temporal gauche. Que décidez-vous dans l'immédiat ? Justifiez.
3. Une heure après son arrivée aux urgences, V. ne réagit plus du tout lorsque ses parents le stimulent : il n'émet aucun son ni plainte et ses yeux restent fermés. La stimulation nociceptive entraîne au niveau de l'hémicorps droit une extension du bras et de la jambe droite avec ébauche d'enroulement de la main. On retrouve une anisocorie, la pupille gauche est en mydriase aréactive. Caractérissez l'état neurologique de V. et donnez en la cause.
4. Le scanner que vous venez d'obtenir révèle une hyperdensité spontanée biconvexe tempo ro-pariétale gauche avec effet de masse important. Quel est votre diagnostic ?
5. Quelle est la conduite à tenir ?
6. Donnez les principes du traitement.
7. Quelle(s) évolution(s) pouvez-vous envisager ?

DOSSIER N°8

1. Précisez votre interrogatoire et l'examen clinique. (10)

- Interrogatoire
 - mécanisme du traumatisme1
 - violence du choc1
 - durée de la perte de connaissance initiale (l'enfant n'a pas pleuré immédiatement)1
- Examen clinique
 - évaluation de la vigilance1
 - recherche d'une plaie du cuir chevelu1
 - d'une déformation de la voûte1
 - examen des pupilles (RPM direct et consensuel)1
 - recherche d'un déficit hémicorporel droit1
 - signes d'HTIC (bombement de la fontanelle, VI)1
 - pouls, température, fréquence respiratoire1

2 Les radiographies du crâne montrent un trait de fracture temporal gauche. Que décidez-vous dans l'immédiat ? Justifiez. (20)

- Hospitalisation en milieu spécialisé (oubli = 0) (si possible en USI neurochirurgicale)5
- *Surveillance stricte et rapprochée (oubli =0) (de l'état neurologique, des fonctions vitales)5
- Scanner cérébral en urgence (oubli =0)5
- Bilan préopératoire minimum1

En effet

- Traumatisme sévère1
- Fracture temporale1
- Signes de localisation1
- Obnubilation de la conscience1

3. Une heure après son arrivée aux urgences, V. ne réagit plus du tout lorsque ses parents le stimulent : il n'émet aucun son ni plainte et ses yeux restent fennés. La stimulation nociceptive entraîne au niveau de l'hémicorps droit une extension du bras et de la jambe droite avec ébauche d'enroulement de la main. On retrouve une anisocorie, la pupille gauche est en mydriase aréactive.

Caractériser l'état neurologique de V. et donnez en la cause. (20)

- Coma profond5
- Glasgow à 4NC
- Avec hypertonie de décérébration à droite5
- En rapport avec un engagement temporal gauche5
- Dans le foramen ovale5

4. Le scanner que vous venez d'obtenir révèle une hyperdensité spontanée biconvexe temporo pariétale gauche avec effet de masse important. Quel est votre diagnostic ? (10)

- Hématome extradural temporo pariétal gauche5
- Complicé d'un engagement temporal gauche5

5. Quelle est la conduite à tenir ? (15)

- Mesures de réanimation (intubation, ventilation assistée, voie veineuse)5
- Transfert immédiat en neurochirurgie5
- Intervention immédiate5

6. **Donnez les principes du traitement.** (10)

Chirurgie en urgence	2
Réalisation d'un volet crânien	2
•Aspiration, retrait du caillot	2
Réalisation de l'hémostase	2
Suspension de la dure mère	2

7. **Quelles) évolution(s) pouvez-vous envisager ?** (15)

- Risque de séquelles (neurologiques, neuropsychologiques)	5
- Décès possible	5
• Récupération totale possible si délais excellents ..	

DOSSIER N°9: Un trouble de la marche

Mademoiselle D., âgée de 28 ans, vous consulte pour une astasie-abasie. Depuis 6 mois, elle ne peut plus marcher sans aide, se tient aux murs du bout des doigts pour avancer ou se cramponne au bras de son mari. Elle n'a pas arrêté son travail et vous explique en souriant que son époux, au chômage, l'accompagne chaque matin jusqu'à la porte de son bureau, vient la chercher à midi, la ramène au travail après déjeuner et à la maison le soir. C'est d'ailleurs lui qui a insisté pour la conduire à la consultation.

1. Quels sont les arguments (de l'observation, de l'examen, de l'interrogatoire) pour un accident de conversion ?
2. Quels sont typiquement les deux types de personnalité névrotique décrits dans la névrose hystérique ?
3. Quels pourraient être les diagnostics différentiels à évoquer devant un tel tableau ?
4. Quel mécanisme est mis en oeuvre dans cette pathologie ?
5. Quelle est votre attitude thérapeutique ?
6. Que dites-vous à la famille ?

DOSSIER N°9

1. Quels sont les arguments (de l'observation, de l'examen, de l'interrogatoire) pour un accident de conversion ? (20)

• Femme	1
• Jeune	1
• Atteinte de la marche: système de la vie de relation	2
• Belle indifférence au symptôme	2
• Recherche d'un facteur déclenchant	2
• Appréciation de la dynamique familiale	2
• Recherche d'un antécédent familial de trouble de la marche (mimétisme)	1
• Variabilité du symptôme, d'évolution capricieuse	1
• Examen normal, pas de territoire neuro-anatomique impliqué	2
• Recherche d'une amélioration par la suggestion	2
• Examens paracliniques (au moindre doute) normaux	1
• Recherche des bénéfiques secondaires	2
• Interrogatoire sur la personnalité sous jacente	1

2. Quels sont typiquement les deux types de personnalité névrotique décrits dans la névrose hystérique? (20)

• Histrionique:	3
- théâtralisme	1
- labilité émotionnelle	1
- attitudes de séduction	1
- érotisation du contact	1
- puérilité affective	1
- égocentrisme	1
- quête de réassurance	1
- manipulations de l'entourage	1
- évitement de la sexualité	1
• Passive-dépendante:	3
- incapacité à fonctionner de manière autonome	1
- suggestibilité	1
- intolérance aux frustrations	1
- avidité affective	1
- chantage au suicide	1

3. Quels pourraient être les diagnostics différentiels à évoquer devant un tel tableau ? (15)

• Affection neurologique (SEP par exemple)	5
• Affection psychosomatique	2
• Simulation ou pathomimie	2
• Hypochondrie	2
• Symptômes somatiques d'une dépression	2
• Ou d'une névrose d'angoisse	2

4. Quel mécanisme est mis en œuvre dans cette pathologie ? (10)

• Le refoulement	10
------------------------	----

5. Quelle est votre attitude thérapeutique ? (20)

•À court terme

-hospitalisation	2
-car symptôme invalidant	1
-pour isoler la patiente de son milieu familial	1
-éviter les bénéfices secondaires	2
-psychothérapie	2
-entretiens répétés	1
-écoute attentive	1
-réassurance	1
- puis fermeté	1
-abord des conflits inconscients	1
-suggestion	1
-évaluation des possibilités de verbalisation	1
-chimiothérapie anxiolytique si anxiété	1
-liée à la levée du symptôme	1

À plus long terme

-psychothérapie de soutien	1
-psychothérapie d'inspiration analytique	1
-psychothérapie analytique proprement dite	1

& Que dites-vous à la famille ? (15)

•Expliquer l'origine psychologique du symptôme	5
•Qu'il ne s'agit pas de simulation	5
, Expliquer les bénéfices secondaires	5

DOSSIER N°10: Une insomnie

Monsieur P., 55 ans, vous consulte pour une insomnie.

1. Comment faites-vous préciser au patient son type d'insomnie ?
2. À quelles pathologies somatiques (autres que toxiques ou psychiatriques) peut être associée une insomnie ?
3. Le patient est exempt d'affection somatique. Votre examen vous fait évoquer une dépression réactionnelle au décès de sa mère, associée à une anxiété. Quelles sont les caractéristiques sémiologiques d'un syndrome dépressif ?
4. Vous décidez d'utiliser un antidépresseur tricyclique. Quelles en sont les contre-indications ?
5. Quelles sont les autres indications des antidépresseurs tricycliques ?
6. Donnez les règles de prescription des antidépresseurs tricycliques ?
7. Quel(s) autre(s) traitement(s) associez-vous dans ce cas ?

DOSSIER N°10

1. Comment faites-vous préciser au patient son type d'insomnie ? (15)

- Insomnie d'endormissement ?5
- Réveils nocturnes ?5
- Réveil matinal précoce ? 5

2 À quelles pathologies somatiques (autres que toxiques ou psychiatriques) peut être associée une insomnie ? (10)

- *Syndrome d'apnées du sommeil2
- Syndrome des jambes sans repos1
- Affections fébriles1
- Affections douloureuses (rhumatologiques, tumorales)2
- Affections dyspnéiques2
- Adénome prostatique1
- Hyperthyroïdie1

3. Le patient est exempt d'affection somatique. Votre examen vous fait évoquer une dépression réactionnelle au décès de sa mère, associée à une anxiété. Quelles sont les caractéristiques sémiologiques d'un syndrome dépressif ? (25)

- * Tristesse pathologique avec sentiment:2
- d'abandon1
- d'échec1
- de découragement1
- d'inutilité1
- voire de culpabilité1
- perte d'intérêt1
- indifférence affective1
- Inhibition psychomotrice avec:2
- ralentissement psychique et moteur1
- difficultés de concentration, de mémoire1
- ruminations1
- asthénie1
- Symptômes somatiques avec:2
- anorexie1
- insomnie1
- troubles sexuels1
- douleurs1
- Anxiété souvent associée2
- Désir de mort à évaluer2

4L Vous décidez d'utiliser un antidépresseur tricyclique. Quelles en sont les contre-indications? (15)

- Glaucome à angle fermé (oubli = 0)2
- Adénome prostatique (oubli =0)2
- IDM récent2
- Trouble du rythme et de la conduction2
- Association à un IMAO2
- Comitialité1
- Insuffisance cardiaque ou coronarienne2
- Grossesse (3 premiers mois)1
- 1 • Insuffisance rénale ou hépatique1

5. Quelles sont les autres indications des antidépresseurs tricycliques ? (10)

- Algies rebelles (migraines, douleurs neurologiques)	2
• Énurésie	2
Prévention des attaques de panique, agoraphobie	2
- Troubles phobiques	2
- Sevrage éthylique	2

6. Donnez les règles de prescription des antidépresseurs tricycliques ? (10)

Recherche des contre-indications	1
- Réalisation d'un bilan cardiovasculaire	1
- Avec électrocardiogramme.....	1
Analyse des signes associés (agitation, sédation)	1
Pour choisir entre une molécule sédative ou stimulante	1
- Augmentation progressive de la posologie	1
- Posologie optimale entre 100 et 150 mg (clomipramine)	1
• Atteinte en 5 ou 6 jours	1
- Surveillance des effets secondaires (psychiques, cardiovasculaires, anticholinergiques)	1
- Changer de traitement en cas d'inefficacité après un mois de traitement à doses optimales	1

7. Quel(s) autre(s) traitement(s) associez-vous dans ce cas ? (15)

- Psychothérapie de soutien	5
* Traitement de l'insomnie: hypnotique (STILNOX®)	5
• Traitement de l'anxiété: par benzodiazépines	5
• Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement	NC

DOSSIER N°11 : Une hémiplégie

Monsieur H., 70 ans, agriculteur à la retraite, droitier, est conduit aux urgences par sa famille pour une hémiplégie gauche installée brutalement il y a 1 heure. Son seul antécédent notable est une hypertension artérielle traitée par RÉNITEC®.

Examen

Hémiplégie gauche globale et proportionnelle avec signe de Babinski gauche ; absence de signes sensitifs et d'anomalie du champ visuel ; pas de troubles phasiques ; pas de souffle cardiaque ni cervical ; bruits du cœur réguliers.

TA=19/12, pouls =90 ; le patient pèse 80 kg pour 1 m 70.

1. Que signifie « globale et proportionnelle » ?
2. Le scanner cérébral sans injection réalisé en urgence ne révèle que deux hypodensités arrondies de 1,5 mm du noyau caudé gauche et thalamique droite. Qu'en pensez-vous ?
3. Devant une hémiplégie gauche, que ne manquerez-vous pas de rechercher à l'examen clinique ?
4. Après 5 jours d'hospitalisation, et un traitement adapté, l'évolution est très favorable, avec régression importante du déficit moteur. Les examens complémentaires (échographie cardiaque, échodoppler des vaisseaux du cou, holters tensionnel et électrocardiogramme) ne retrouvent qu'une HTA mal équilibrée. Un second scanner a révélé une nouvelle hypodensité de moins de 2 mm. Où vous attendez-vous à la trouver ?
5. Quel est l'axe principal de la prévention secondaire de ce type d'AVC ?
6. Vous revoyez monsieur H. 5 ans plus tard. L'hémiplégie a régressé mais la famille s'inquiète car il marche à petits pas, a des troubles de mémoire de plus en plus marqués, quelques fuites d'urine et des fausses routes.
Quel diagnostic évoquez-vous ?
7. Quel élément, que vous pouvez retrouver à l'interrogatoire, manque-t-il pour compléter le tableau ?

DOSSIER N°11

1. Que signifie « globale et proportionnelle » ? (10)
- Le déficit intéresse tout l'hémicorps5
 - À une intensité égale à tous les niveaux5
- 2 Le scanner cérébral sans injection réalisé en urgence ne révèle que deux hypodensités arrondies de 1,5 mm du noyau caudé gauche et thalamique droite. Qu'en pensez-vous ? (15)
- Les deux hypodensités correspondent à des lacunes5
 - Ne sont pas responsables du tableau actuel3
 - Renseignent sur le mécanisme possible de l'épisode actuel3
 - Absence de signes d'hémorragie3
 - Mécanisme ischémique très probable1
3. Devant une hémiplégie gauche, que ne manquerez-vous pas de rechercher à l'examen clinique ? (15)
- Syndrome de l'hémisphère mineur5
 - D'Anton-Babinski2
 - Avec anosognosie2
 - Anosodiaphorie (indifférence affective)2
 - Hémiasomatognosie2
 - Hémignégligence spatiale: visuelle et motrice2
4. Après 5 jours d'hospitalisation, et un traitement adapté, l'évolution est très favorable, avec régression importante du déficit moteur. Les examens complémentaires (échographie cardiaque, échodoppler des vaisseaux du cou, holters tensionnel et électrocardiogramme) ne retrouvent qu'une HTA mal équilibrée. Un second scanner a révélé une nouvelle hypodensité de moins de 2, m. Où vous attendez-vous à la trouver ? (15)
- Lacune de la capsule interne droite15
5. Quel est l'axe principal de la prévention secondaire de ce type d'AVC ? (20)
- Contrôle de l'HTA (oubli = 0) (avec renforcement du traitement)15
 - On associe en général un anti-agrégant plaquettaire5
6. Vous revoyez monsieur H. 5 ans plus tard. L'hémiplégie a régressé mais la famille s'inquiète car il marche à petits pas, a des troubles de mémoire de plus en plus marqués, quelques fuites d'urine et des fausses routes. Quel diagnostic évoquez-vous ? (15)
- État lacunaire10
 - Avec syndrome pseudobulbaire lié à une atteinte bilatérale des faisceaux géniculés5
7. Quel élément, que vous pouvez retrouver à l'interrogatoire, manque-tel pour compléter le tableau ? (10)
- Le rire et pleurer spasmodique10

DOSSIER N°12 : Une neuropathie

Monsieur M., mauritanien de 45 ans, employé municipal en France depuis 5 ans, vient consulter pour un déficit moteur distal du membre inférieur gauche entraînant un steppage, apparu de manière progressive depuis un mois. En fait, il vous décrit des troubles remontant à 2 ans, ayant débuté par des paresthésies du bord interne de l'avant-bras droit et des deux derniers doigts de la main droite. Après quelques semaines, les paresthésies ont laissé place à une hypoesthésie essentiellement thermoalgique du bord interne de la main droite. En quelques mois, il a noté l'apparition d'une gêne dans l'utilisation de cette main qui est devenue moins charnue.

À l'examen clinique, on retrouve une amyotrophie de la main droite touchant l'éminence hypothénar mais respectant la partie externe de l'éminence thénar, un déficit des interosseux, une griffe des deux derniers doigts de la main droite ; il existe aussi un déficit du jambier antérieur gauche, une hypoesthésie thermoalgique de la face antéro-externe de jambe gauche, une hypertrophie du plexus cervical droit. Les ROT sont tous présents ; l'état général est conservé. Le bilan biologique usuel est normal ; la VS est à 6 à la première heure.

1. Quelle est la topographie de l'atteinte ayant débuté il y a 2 ans ? De l'atteinte récente ? Justifiez.
2. Comment qualifiez-vous l'atteinte neurologique ? Justifiez brièvement le cadre sémiologique.
3. Quel diagnostic étiologique évoquez-vous ? Sur quels arguments ?
4. Quels autres signes cliniques recherchez-vous pour orienter le diagnostic ?
5. Précisez la forme clinique de la maladie en cause.
6. Quels examens complémentaires peuvent confirmer votre diagnostic ?

DOSSIER N°12

1. Quelle est la topographie de l'atteinte ayant débuté il y a 2 ans ? De l'atteinte récente ? Justifiez. (17)

- Depuis 2 ans
 - nerf cubital droit :5
 - paresthésies puis hypoesthésies dans ce territoire1
 - déficit des interosseux1
 - amyotrophie hypothénarienne1
 - respect du court abducteur du I (partie externe de l'éminence thénar)1
 - griffe « cubitale »1
- Actuellement
 - atteinte du sciatique poplité externe gauche (SPE)5
 - déficit des releveurs du pied et du gros orteil1
 - troubles sensitifs de la loge antéro-externe de jambe1

2 Comment qualifiez-vous l'atteinte neurologique ? Justifiez brièvement le cadre sémiologique. (20)

- Multinévrite10
- En effet, atteinte de plusieurs troncs nerveux4
- De façon simultanée2
 - asymétrique2
 - asynchrone2

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

- Lèpre (maladie de HANSEN)10
- Origine géographique du patient, fréquence2
- Multinévrite touchant le cubital droit et le SPE G (territoires de prédilection)2
- Troubles sensitifs2
- Hypertrophie du plexus cervical2
- Atteinte « froide », sans signes généraux2

4. Quels autres signes cliniques recherchez-vous pour orienter le diagnostic ? (15)

- Lésions cutanées à rechercher systématiquement3
- Dyschromiques1
- Et hypo-esthésiques1
- Hypertrophie d'autres troncs nerveux3
- Surtout radial, SPE, branche sus orbitaire du V1
- *Troubles trophiques de la peau et des phanères (maux perforants plantaires, dépilation de la queue des sourcils, ongles déformés et cassants)3
- Dans les formes évoluées lésions osseuses (ostéolyse et résorption des phalanges)3

5. Précisez la forme clinique de la maladie en cause. (13)

- Il s'agit d'une lèpre tuberculoïde10
- Forme la plus fréquente1
- Signes neurologiques au premier plan1
- Absence de signes généraux, pas de syndrome inflammatoire1

6. Quels examens complémentaires peuvent confirmer votre diagnostic ? (15)

- La réaction de Mitsuda
-elle est positive6
- L'examen histologique (des lésions cutanées, biopsies neuromusculaires)
-infiltrations tuberculoïdes à cellules épithélioïdes avec parfois cellules géantes de Langhans autour des éléments nerveux, sudoripares et sébacés6
- L'examen bactériologique (recherche du bacille de Hansen dans un frottis de muqueuse nasale ou sur les biopsies)
- il est négatif3

DOSSIER N°13 : Une sciatalgie atypique

Vous voyez en consultation monsieur L., 41 ans, VRP et chasseur de gros gibier à ses heures perdues dans la région de Compiègne. Il y a 10 jours, il a commencé à se plaindre d'une douleur du membre inférieur gauche dont la topographie lui a rappelé celle d'une sciatique L5 dont il avait souffert 2 ans plus tôt. Ce qui l'a alarmé, c'est l'apparition de douleurs et de paresthésies à l'autre jambe 3 jours plus tard et une difficulté pour fermer l'oeil droit. Actuellement, les douleurs des deux membres inférieurs sont très pénibles, prédominant nettement à gauche où il existe un déficit moteur distal côté à 3+ et une aréflexie tendineuse. Vous notez une paralysie faciale droite périphérique. Il n'y a pas de troubles sensitifs objectifs.

Vous retrouvez à l'interrogatoire, il y a 6 semaines, la notion d'un épisode fébrile avec asthénie, contemporain d'un placard rouge sur la cuisse gauche, disparu en 3 semaines.

1. Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments ?
2. Quel élément recherchez-vous à l'interrogatoire pour confirmer votre hypothèse ?
3. Quel est l'agent infectieux incriminé ? Comment est-il transmis ?
4. Quels examens complémentaires vont vous aider à confirmer votre diagnostic ?
5. Quel traitement instaurez-vous ?
6. Quelles sont les complications neurologiques tardives de cette pathologie ?

DOSSIER N°13

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

• Méningoradiculite	6
- avec polyradiculonévrite	1
- asymétrique	1
- douloureuse et paresthésiante	1
• Paralyse faciale périphérique	1
• Dans le cadre d'une maladie de Lyme (neuroborréliose)	6
• Évoquée sur les FDR : région d'endémie	1
• Chasseur	1
• Asthénie fébrile de la phase d'invasion	1
• Érythéma chronicum migrans (côté le plus atteint)	1

2 Quel élément recherchez-vous à l'interrogatoire pour confirmer votre hypothèse ? (15)

• Notion d'une piqûre de tique	15::
--------------------------------------	------

NB : peut manquer alors que l'érythème migrans est quasi constant.

3. Quel est l'agent infectieux incriminé ? Comment est-il transmis ? (20)

• Borrelia Burgdorferi	10
- du groupe des spirochètes	2
- transmis par morsure de tique (ixodes ricinus) dont les hôtes réservoir sont les cervidés ou les mulots	5
- l'homme est un hôte accidentel	3

4. Quels examens complémentaires vont vous aider à confirmer votre diagnostic ? (15)

• LCR par ponction lombaire	5
• Hyperprotéinorachie (jusqu'à 3g/L)	1
• Pleiocytose nette (souvent plus de 100 éléments/mm ³)	1
• À prédominance lymphocytaire	1
• Profil oligoclonal et augmentation des IgG en rapport avec une synthèse intrathécale d'Ig	1
• Sérologie de Lyme (en ELISA) : Ac anti Borrelia	5
• Dans le sang et le LCR	1

5. Quel traitement instaurez-vous ? (15)

• Rocéphine IV 2 g/jour pendant 3 semaines	10'
• Ou tétracycline ou Pénicilline G	-NCI
• Surveillance du traitement (efficacité, tolérance)	2
• Prévention oculaire (de la paralysie faciale)	3

6. Quelles sont les complications neurologiques tardives de cette pathologie? (15)

• Encéphalite, méningo-encéphalite	5'
• Myélite	5
• Rhombencéphalite	5

DOSSIER N°14: Un syndrome parkinsonien

Madame S., âgée de 65 ans, vous est adressée par son médecin traitant pour avis thérapeutique. Elle est traitée depuis 2 ans pour une maladie de parkinson et n'a jamais ressenti de bénéfice des divers traitements essayés, même en association (PARLODEL®, MODOPAR®, REQUIP®...). La conduite du traitement et les posologies vous paraissent, d'après les ordonnances, satisfaisantes.

Examen : ne tremble pas ; est amimique ; présente une dysarthrie qui la rend parfois incompréhensible ; écriture presque illisible surtout en fin de page ; marche lente à pas réduits, démarrage laborieux ; élargissement du polygone de sustentation ; rigidité plastique surtout axiale ; signe de Babinski bilatéral et diffusion des ROT, trop vifs. Elle décrit aussi des pertes de connaissance aux changements brusques de position.

1. Relevez et classez les éléments de l'observation définissant le syndrome parkinsonien. Comment le qualifiez-vous ?
2. Relevez les éléments de l'observation vous faisant évoquer une autre étiologie qu'une maladie de parkinson idiopathique.
3. Quelle est l'étape essentielle de votre examen clinique qui doit vous mettre sur la voie de l'étiologie ? Expliquez ce que vous recherchez.
4. Quel autre signe d'atteinte végétative recherchez-vous à l'interrogatoire ? Quel examen demandez-vous pour mieux l'explorer ?
5. Après ces différentes étapes, vous êtes sur la piste d'une étiologie précise : quel diagnostic évoquez-vous ?
6. À quelle localisation lésionnelle sont typiquement rattachés les signes décrits en (3) et (4) ?

DOSSIER N°14

1. Relevez et classez les éléments de l'observation définissant le syndrome parkinsonien. Comment le qualifiez-vous? (12)

• Syndrome parkinsonien akinétorigide	5
• Définissant l'akinésie:	1
- dysarthrie	1
- amimie	1
- trouble de l'initiation des mouvements	1
- micrographie	1
• Avec, pour la rigidité:	1
- l'hypertonie plastique	1
• <u>Le tremblement manque pour compléter la triade</u>	NC

2 Relevez les éléments de l'observation vous faisant évoquer une autre étiologie qu'une maladie de parkinson idiopathique. (20)

• Présence de signes cérébelleux (élargissement du polygone de sustentation)	5
• Présence de signes pyramidaux (signe de BBK, ROT vifs et diffusés)	5
• Antécédents de syncopes aux changements de position (évoquant une hypo-TA orthostatique sévère)	5
• Résistance au traitement bien conduit	5

3. Quelle est l'étape essentielle de votre examen clinique qui doit vous mettre sur la voie de l'étiologie. Expliquez ce que vous recherchez. (20)

• Recherche d'une hypotension orthostatique	5
• Évocatrice de dysautonomie	5
• Mesure de la TA couchée puis debout	3
• Associée à l'auscultation cardiaque	3
• Pour rechercher une invariabilité du pouls	3
• On peut compléter par une étude ECG (de dénervation)	NC
• Avec mesure des espaces RR en réponse à l'orthostatisme	NC
• On peut aussi utiliser la table basculante (Tilt test)	1

4. Quel autre signe d'atteinte végétative recherchez-vous à l'interrogatoire ? Quel examen demandez-vous pour mieux l'explorer ? (18)

Recherche de troubles vésico sphinctériens	5
· À type de mictions impérieuses	1
· Pollakiurie	1
• Incontinence	1
• Réalisation d'un bilan uro-dynamique	5
• Avec EMG du sphincter anal et/ou urétral	5

5. Après ces différentes étapes, vous êtes sur la piste d'une étiologie précise : quel diagnostic évoquez-vous ? (20)

• Syndrome de Shy et Drager	10
• Cadre plus général des atrophies multisystématisées	10

6. À quelle localisation lésionnelle sont typiquement rattachés les signes décrits en (3) et (4) ? (10)

• Atteinte des formations inter-médio latérales de la moelle	10
--	----

DOSSIER N°16 : Une diplopie en fin de journée

Mademoiselle M., 25 ans, consulte pour une diplopie apparue il y a 4 mois. Au début, il s'agissait d'épisodes rares et ne durant que quelques minutes mais actuellement, la symptomatologie est quotidienne. Le matin, la patiente est asymptomatique mais elle signale une vision double en fin de journée. Vous la voyez en fin d'après midi ; elle se cache un œil en vous parlant.

À l'examen, on retrouve un déficit d'adduction de l'œil droit et une chute partielle de la paupière droite ; son entourage a remarqué que c'est parfois la gauche qui est plus basse. Le reste de l'examen est parfaitement normal ; il n'existe pas d'autres symptômes intermittents.

1. Quel diagnostic évoquez-vous sur ces éléments de l'observation ? Justifiez.
2. Quels sont les deux muscles en cause dans l'atteinte décrite ?
3. Que recherchez-vous comme autre atteinte au niveau de la paupière, et comment ?
4. Comment sont les pupilles ? Pourquoi ?
5. Quel test clinique et pharmacologique pouvez-vous réaliser ? Quelles en sont les modalités et la réponse attendue ici ?
6. Quels signes avez-vous recherché à l'examen (et l'interrogatoire) ? Comment avez-vous sensibilisé votre examen ?

DOSSIER N°16

1. Quel diagnostic évoquez-vous sur ces éléments de l'observation ? Justifiez (25)

• Myasthénie	10
• Oculaire	5
• Diplopie binoculaire	2
• Ptosis	2
• À bascule	1
• Variabilité dans la journée	2
• Et d'un jour à l'autre	1
• Augmentation à la fatigue	2
• Pas de signes extra-oculaires retrouvés	NC

2 Quels sont les deux muscles en cause dans l'atteinte décrite ? (10)

• Droit interne droit (déficit d'adduction)	5
• Releveur de la paupière droite	5

3. Que recherchez-vous comme autre atteinte au niveau de la paupière, et comment ? (10)

• Atteinte de l'orbiculaire des paupières	5
• Déficit de l'occlusion des yeux	2
• Total	1
• Ou partiel	1
• À rechercher contre résistance	1

4. Comment sont les pupilles ? Pourquoi ? (20)

• Les pupilles sont normales	5
• La musculature intrinsèque de l'œil n'est pas touchée	10
• C'est une maladie de la jonction neuromusculaire	5

5. Quel test clinique et pharmacologique pouvez-vous réaliser ? Quelles en sont les modalités et la réponse attendue ici ? (20)

• Test au tensilon	10
• Injection lente, IV	1
• De 2mg	1
• Jusqu'à 8 mg si absence d'amélioration	1
• La réponse attendue est une régression	1
• Rapide	1
• Transitoire	1
• Du ptosis	1
• De la diplopie	1
• Surveillance clinique attentive	1
• Injection d'1/4 d'ampoule d'atropine SC (contre les effets muscariniques)	1

6. Quels signes avez-vous recherché à l'examen (et l'interrogatoire) ? Comment avez-vous sensibilisé votre examen ? (15)

• Trouble de la phonation	1
• Trouble de la mastication	1
• Dysphagie, fausses routes	1
• Déficit musculaire	1
• Des muscles du cou	1

• Surtout les extenseurs	1
Et des membres	1
Surtout au niveau des racines	1
-Atteinte de la musculature faciale	1
Atteinte de la langue (formes tardives)	1
• On sensibilise l'examen par la fatigue	2
Bras en antépulsion prolongée, épreuve de mingazzini, flexion de nuque contre résistance	1
On recherche des signes évocateurs d'une pathologie auto-immune	1
- On recherche aussi des signes évocateurs d'une pathologie thyroïdienne	1

DOSSIER N° 15: Une myasthénie

Monsieur T., homme de 55 ans sans antécédent notable en dehors d'un tabagisme à 40 paquets-années, vous est adressé pour bilan d'une probable myasthénie. Il présente depuis plusieurs mois une asthénie particulièrement intense en fin de journée et il a du mal à monter ses 5 étages. Il se plaint d'une difficulté à mastiquer et a noté, à plusieurs reprises, une diplopie transitoire en regardant le journal de 20 heures.

Examen : voix nasonnée ; oculomotricité normale mais ptosis de la paupière gauche ; déficit de la musculature cervicale (ne peut fléchir la nuque contre résistance). Après sensibilisation par l'effort, la marche devient dandinante. Les ROT sont normaux ; pas de troubles sensitifs ; TA = 14/8 ; auscultation cardiopulmonaire normale.

1. Relevez les éléments de l'observation qui font évoquer le diagnostic de myasthénie.
2. Quels sont les principaux examens complémentaires qui vont vous aider à confirmer ce diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?
3. Un des examens réalisés vous révèle une pathologie tumorale fréquemment associée à cette maladie. De quoi s'agit-il ?
4. Quelle va être votre attitude par rapport à cette tumeur ?
5. Donnez les principes du traitement médical de première intention d'une myasthénie (sans les posologies).
6. En cas d'échec de ce traitement, quelles alternatives avez-vous ? (citez les médicaments sans la stratégie d'utilisation).
7. Si vous aviez découvert dans le bilan complémentaire un cancer bronchique anaplasique à petites cellules chez ce patient tabagique, quelle pathologie auriez-vous évoquée ? Quel(s) examen(s) vous aurait(ent) permis d'en faire le diagnostic ?

DOSSIER N°15

1. Relevez les éléments de l'observation qui font évoquer le diagnostic de myasthénie. (10)

- Asthénie1
- Notion de fatigabilité1
- * Apparition de signes à l'effort1
- Épisodes de diplopie transitoire1
- Variabilité dans la journée (plus de signes le soir)1
- Ptosis gauche1
- Déficit des muscles extenseurs du cou1
- Marche dandinante1
- Correspondant à une atteinte des racines des membres inférieurs1
- Pas de signes sensitifs ; ROT normaux: signes négatifs1

2 Quels sont les principaux examens complémentaires qui vont vous aider à confirmer ce diagnostic ? Qu'en attendez-vous ? (25)

- EMG5
- Recherche d'un bloc neuromusculaire1
- Décrément de l'amplitude des potentiels d'action1
- Sous stimulations répétitives1
- Rx de thorax et scanner thoracique5
- Dépistage d'une anomalie thymique1
- D'une néoplasie pulmonaire1
- Ac anti récepteurs de l'acétylcholine5
- spécifiques1
- peuvent manquer1
- surveillance évolutive sous traitement1
- Ac anti muscle strié1
- dont la positivité est en faveur d'un thymome1

3. Un des examens réalisés vous révèle une pathologie tumorale fréquemment associée à cette maladie. De quoi s'agit-il ? (10)

- Le scanner thoracique a révélé
- un thymome10

4. Quelle va être votre attitude par rapport à cette tumeur ? (10)

- Thymectomie3
- Dans un centre spécialisé1
- Et radiothérapie2
- Si thymome invasif1
- Le traitement anticholinestérasique s'impose (avant la thymectomie)3

5. Donnez les principes du traitement médical de première intention d'une myasthénie (sans les posologies). (15)

- Éducation du patient, port d'une carte2
- Utilisation d'un anticholinestérasique per os4
- MESTINON® ou MYTÉLASE®1
- À prendre à jeûn (en dehors des repas)1
- À doses fractionnées1
- Débuter à doses faibles, en augmentant progressivement1

· Surveillance des effets secondaires (muscariniques, nicotiniques)	1
• Liste des médicaments dangereux	4
6. En cas d'échec de ce traitement, quelles alternatives avez-vous ? (citez les médicaments sans la stratégie d'utilisation). (10)	
· Corticothérapie (prednisone) (1 mg/kg/jour initialement)	3
• Immunosuppresseurs: Azathioprine (Imurel).....	3
• Échanges plasmatiques	2
-Immunoglobulines (0,4 g/kg/jour ; 5 jours)	2
7. Si vous aviez découvert dans le bilan complémentaire un cancer bronchique anaplasique à petites cellules chez ce patient tabagique, quelle pathologie auriez-vous évoquée ? Quel(s) examen(s) vous aurait(ent) permis d'en faire le diagnostic ? (20)	
• Syndrome de Lambert-Eaton	5
• Paranéoplasique	5
• L'EMG, essentiel au diagnostic	5
• Montre un décrétement comme pour la myasthénie	1
, Une potentialisation	1
• Une facilitation des réponses	1
• Ac anticanaux calciques: inconstants	2

DOSSIER N°17: Un trouble de la marche et une névralgie

Monsieur F., âgé de 65 ans, est conduit à votre consultation par sa femme. Elle trouve en effet que depuis quelques mois, 6 peut-être, son époux marche mal, a les jambes raides et trébuche la nuit lorsqu'il se lève dans le noir. Le patient, ancien ouvrier du bâtiment et peu enclin à se plaindre, n'a aucun antécédent notable en dehors de torticolis fréquents depuis l'âge de 30 ans, et un épisode très douloureux du bras droit pendant 6 semaines il y a un an : la douleur débutait au niveau de l'omoplate, irradiait à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, vers le majeur ; on lui avait parlé de « névralgie ».

Examen : marche ataxospasmodique ; syndrome tétrapyrâmidal ; abolition de la sensibilité vibratoire aux membres inférieurs avec de grosses perturbations au sens de position du gros orteil ; abolition du réflexe tricipital droit.

1. Quel est le premier diagnostic que vous évoquez ? Sur quels arguments ?
2. Quel tableau réalise l'atteinte décrite ?
3. Quelle topographie radiculaire présentait l'atteinte étiquetée « névralgie » ?
4. Quels examens d'imagerie allez-vous demander ? Qu'en attendez-vous ?
5. Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique ?

DOSSIER N°17

1. Quel est le premier diagnostic que vous évoquez ? Sur quels arguments ? (20)	
• Myélopathie cervicarthrosique	10
• Signes d'atteinte médullaire cervicale	2
• Avec atteinte pyramidale des 4 membres	1
• Troubles sensitifs profonds	1
• Homme (prédominance masculine)	2
• De 65 ans (début à l'âge mûr)	2
• Antécédents de névralgie cervicobrachiale (très évocateur mais peut manquer)	2
• Séquelle d'atteinte radiculaire avec abolition d'un ROT	NC
• Douleurs cervicales depuis 30 ans	NC

2 Quel tableau réalise l'atteinte décrite ? (15)	
• Sclérose combinée de la moelle	15

3. Quelle topographie radiculaire présentait l'atteinte étiquetée « névralgie » ? (10)	
-Topographie radiculaire C7	10

4. Quels examens d'imagerie allez-vous demander ? Qu'en attendez-vous ? (35)	
• Radiographies standards du rachis cervical	5
- profil, face et 3/4	1
- en position indifférente	1
- et clichés dynamiques	1
- approximation de la taille du canal rachidien	1
- étude des corps vertébraux, des disques, uncus et articulaires postérieures	1
- dégénérescence arthrosique	1
- ostéophytes	1
- spondylolisthésis, rétrolisthésis	1
• IRM cervicale	10
- seul examen à pouvoir déceler des signes de souffrance médullaire	5
• Scanner cervical	5
- bonne mesure du canal rachidien	1
- représentations des formations ostéophytiques (reconstructions tridimensionnelles)	1

5. Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique ? (20)	
• Traitement médical à entreprendre précocement	5
• Immobilisation (minerve)	1
• Rééducation douce des muscles du cou (souvent atrophiés)	1
• AINS	1
• Antalgiques et myorelaxants (épisodes douloureux)	1
• Suppression des activités de force	1
• Traitement chirurgical: laminectomie, ou abord antérieur	5
• Surveillance	5

DOSSIER N°18: Une ophtalmoplégie internucléaire

Mademoiselle S., jeune femme de 25 ans, vous est adressée par son ophtalmologiste pour une diplopie apparue il y a une semaine. Elle a remarqué initialement l'existence d'un flou visuel dans le regard vers la droite puis, en quelques jours, la symptomatologie s'est précisée et elle décrit parfaitement une vision dédoublée horizontalement lorsqu'elle regarde à droite. Elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical en dehors d'une « spasmophilie », diagnostic porté devant l'existence depuis 2 ans d'épisodes régressifs d'engourdissements des membres inférieurs avec impression de décharge électrique à la flexion du cou ; elle prend d'ailleurs régulièrement du magnésium.

1. L'examen clinique vous révèle une ophtalmoplégie internucléaire unilatérale gauche. Décrivez les données de votre examen de la motricité oculaire.
2. À quelle atteinte anatomique correspond l'OIN gauche ?
3. Quel est le premier diagnostic étiologique que vous évoquez ? Justifiez.
4. Quelles sont les autres étiologies des OIN ?
5. Comment interprétez-vous les signes sensitifs survenus par épisodes ?
6. Quels examens complémentaires envisagez-vous dans le cadre du bilan étiologique ? Citez les sans développer.
7. Quel traitement proposez-vous dans l'immédiat ?

DOSSIER N°18

1. L'examen clinique vous révèle une ophtalmoplégie internucléaire unilatérale gauche. Décrivez les données de votre examen de la motricité oculaire. (15)

- Parésie de l'adduction de l'œil gauche dans le regard latéral droit5
- L'abduction de l'œil droit est possible avec typiquement un nystagmus monoculaire droit dans la divergence (ou binoculaire à prédominance droite)5
- * Conservation de la convergence5

NB : le côté de l'OIN est celui de la parésie du III dans la latéralité.

2 À quelle atteinte anatomique correspond l'OIN gauche ? (15)

- Lésion du faisceau longitudinal médian (bandelette longitudinale postérieure)10
- Unissant le VI droit au III gauche5

3. Quel est le premier diagnostic étiologique que vous évoquez ? Justifiez (15)

- Sclérose en plaques10
- Femme jeune1
- Fréquence de cette maladie1
- Fréquence de cette étiologie dans les causes d'OIN (95 % chez les moins de 40 ans)1
- Manifestations sensitives régressives antérieures évoquant une dissémination dans le temps et l'espace2

4. Quelles sont les autres étiologies des OIN ? (10)

- On rappelle que la SEP est de loin la plus fréquenteNC
- Lésion vasculaire du tronc cérébral (à évoquer surtout chez le sujet âgé)3
- Lésion tumorale du tronc cérébral3
- Encéphalite du tronc cérébral (Listériose)2
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke2

5. Comment interprétez-vous les signes sensitifs survenus par épisodes ? (15)

- Signe de Lhermitte10
- Traduisant une atteinte cordonnale postérieure de la moelle5

6. Quels examens complémentaires envisagez-vous dans le cadre du bilan étiologique ? Citez les sans développer. (15)

- IRM encéphalique5
- Ponction lombaire avec recherche de bandes oligoclonales et d'une synthèse intrathécale d'Ig5
- Potentiels évoqués visuels, auditifs, somesthésiques3
- Bilan immunologique (FAN, Ac anticardiolipine, Ac anti DNA, cryoglobuline, VS...) et sérologies (Lyme, VIH, HTLV...)2

7. Quel traitement proposez-vous dans l'immédiat ? (15)

- Bolus de méthylprednisolone (SOLU-MÉDROL®) IV (dose totale de 3 à 4 g délivrée en 3 à 5 jours)5
- Relais bref par corticothérapie orale (15 jours) usuel mais non systématique5
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.....2
- Traitements adjuvants de la corticothérapie (apport potassique, pansement gastrique, vitamine D, calcium)3

NB : pas de corticothérapie orale de première intention.

DOSSIER N°19: Une sclérose en plaques

Vous suivez depuis un an monsieur A., âgé de 30 ans, pour une sclérose en plaques. Il a en effet présenté au moment de sa première consultation une névrite optique rétrobulbaire (NORB) de l'oeil gauche avec récupération d'une acuité visuelle normale en 2 semaines, puis, 4 mois plus tard, une monoparésie du membre inférieur gauche également régressive (en 4 semaines), et enfin, il y a 3 semaines une NORB de l'œil droit ayant depuis récupéré. Il a bénéficié à chaque poussée, d'un traitement par bolus de Solumédrol IV.

1. A quelle atteinte anatomique correspond la NORB ?
2. Quelles sont les caractéristiques sémiologiques d'une NORB dans la SEP ?
3. Monsieur A. se plaint depuis son premier épisode de baisses d'acuité visuelle transitoires lors des efforts physiques soutenus. De quoi s'agit-il ?
4. Quelle forme clinique de la maladie présente le patient ?
5. Quelles sont les autres formes évolutives de la SEP ?
6. Quel traitement de fond pouvez-vous proposer à monsieur A. compte-tenu de sa forme évolutive ? Quels en sont les effets indésirables ?
7. Un an plus tard, monsieur A. a présenté de nouvelles poussées motrices sans récupération satisfaisante. Sa maladie est devenue progressive sur un mode particulièrement actif. Quelle est votre attitude vis à vis du traitement instauré en (6) ?
Quel nouveau traitement pouvez-vous lui proposer ?

DOSSIER N°19

1. À quelle atteinte anatomique correspond la NORB ? (10)
 - C'est une atteinte du nerf optique10

2. Quelles sont les caractéristiques sémiologiques d'une NORB dans la SEP ? (20)
 - La NORB est généralement unilatérale2
 - De survenue rapide (en quelques heures ou quelques jours)2
 - Douleuruse (la baisse d'acuité visuelle est précédée ou accompagnée de douleurs oculaires ipsilatérales, majorées par la mobilisation du globe)2
 - Chute de l'acuité visuelle (d'intensité variable)2
 - Scotome central ou caeco-central2
 - Fond d'œil normal ou discret œdème papillaire2
 - Altération du réflexe photomoteur (signe de Marcus Gunn)2
 - Anomalie de la vision des couleurs (dyschromatopsie axe vert rouge)2
 - Récupération en 15 jours à deux mois (80 % de récupération totale)2
 - Parfois la NORB est latente (intérêt des PEV)2

3. Monsieur A. se plaint depuis son premier épisode de baisses d'acuité visuelle transitoires lors des efforts physiques soutenus. De quoi s'agit-il ? (10)
 - Phénomène d'Uhthoff (séquelle fréquente des NORB)10

4. Quelle forme clinique de la maladie présente le patient ? (15)
 - Forme rémittente10
 - Évolution par poussées nettement individualisables5

5. Quelles sont les autres formes évolutives de la SEP ? (15)
 - Formes progressives continues3
 - évolution du handicap sans poussées individualisables (des fluctuations et des phases de plateau peuvent s'observer)1
 - Formes secondairement progressives3
 - après une phase rémittente initiale1
 - progression sans ou avec poussées du handicap (avec rémissions minimales et plateaux)1
 - Formes progressives rémittentes3
 - maladie progressive dès le début1
 - avec poussées nettes suivies ou non de récupérations1
 - et progression continue entre 2 poussées1

NB : le terme de forme rémittente progressive a été récemment abandonné. La correction de cette question fait référence à une conférence de consensus récente.

6. Quel traitement de fond pouvez vous proposer à Monsieur A. compte-tenu de sa forme évolutive ? Quels en sont les effets indésirables ? (20)
 - Traitement immunomodulateur par interféron S5
 - Interféron f3-1 b (BÉTAFÉRON®)2
 - En injections sous cutanées tous les deux jours2
 - Ou interféron S-1 a (AVONEX®)2
 - En injections intramusculaires hebdomadaires2

Les effets secondaires	
Syndrome pseudo-grippal	2
Asthénie	1
Réactions locales aux points d'injection	2
-Syndromes dépressifs induits	1
• Apparition d'anticorps sériques neutralisants	1

7. Un an plus tard, monsieur A. a présenté de nouvelles poussées motrices sans récupération satisfaisante. Sa maladie est devenue progressive sur un mode particulièrement actif. Quelle est votre attitude vis à vis du traitement instauré en (6) ?
Quel nouveau traitement pouvez-vous lui proposer ? (10)

Arrêt de l'interféron 13	3
- On peut proposer un traitement par mitoxantrone (actuellement proposé dans les formes « agressives ») 3	
• En bolus mensuels pendant 6 mois	1
- Associée à la méthylprednisolone	1
Surveillance hématologique stricte (neutropénies sévères)	1
Et surveillance cardiaque (échographie cardiaque avant traitement et après 6 mois de traitement)	1

DOSSIER N°20: Un traumatisme crânien

Monsieur A., 23 ans, est conduit aux urgences par les pompiers après avoir été victime d'un accident de la voie publique. Il s'agit d'un cycliste renversé par un véhicule léger. Il présente un traumatisme crânien isolé ; les secouristes vous apprennent qu'il y a eu une perte de connaissance initiale de 2 mn. L'examen clinique réalisé à l'arrivée, révèle une discrète obnubilation, l'absence de signe neurologique focal, une rhinorrhée rosée unilatérale gauche, un hématome en lunettes, une plaie de l'arcade sourcilière droite, l'absence de signes de fracture du massif facial.

1. Quel score utilisez-vous pour évaluer la vigilance ? En quelles données se décompose-t-il ? (citez les rubriques).
2. Quels examens complémentaires demandez-vous d'effectuer au radiologue de garde ?
3. Quel diagnostic lésionnel évoquez-vous avant les résultats radiologiques ?
4. Donnez les principes de votre attitude pratique dans les premières heures ?
5. 48 heures plus tard, l'état neurologique est stable, l'écoulement nasal est devenu clair. Quelle conduite devez-vous adopter dans les premiers jours par rapport à cet écoulement ?
6. Comment vérifiez-vous que l'écoulement est tari ? S'il persiste à 10 ou 15 jours, quelle est votre attitude ?
7. Quelle complication, même tardive, redoutez-vous ?

DOSSIER N°20

1. Quel score utilisez-vous pour évaluer la vigilance ? En quelles données se décompose-t-il ? (citez les rubriques). (10)

- On utilise le score de Glasgow5
- Se décompose en trois données
- oculaire1
- verbale1
- motrice1
- la somme des trois rubriques donne le score final (min = 3 ; max =15)2

2. Quels examens complémentaires demandez-vous d'effectuer au radiologue de garde ? (15)

- Radiographies standard du rachis cervical (F+P)5
- Radiographies du crâne F+P, Hirtz, Worms, Blondeau5
- Scanner cérébral sans injection5

3. Quel diagnostic lésionnel évoquez-vous avant les résultats radiologiques ? (15)

- Fracture de la base du crâne5
- Touchant un des sinus de la face5
- Avec rhinorrhée due à une brèche ostéo-méningée5

4. Donnez les principes de votre attitude pratique dans les premières heures ? (20)

- Suture de la plaie de l'arcade2
- Prophylaxie antitétanique2
- Hospitalisation en milieu spécialisé, repos au lit3
- Antibiothérapie prophylactique (spectre large, AUGMENTIN® par exemple)3
- Restriction hydrique modérée2
- Prélèvement d'un bilan préopératoire (avec 1 re détermination du groupe)2
- Surveillance rapprochée de la conscience et de l'examen neurologique3
- Surveillance de la température3

5. 48 heures plus tard, l'état neurologique est stable, l'écoulement nasal est devenu clair. Quelle conduite devez-vous adopter dans les premiers jours par rapport à cet écoulement ? (15)

- Surveillance de l'abondance de l'écoulement (sous restriction hydrique)5
- Éventuellement, Diamox s'il persiste5
- Poursuite des antibiotiques tant que dure l'écoulement5

6. Comment vérifiez-vous que l'écoulement est tari ? S'il persiste à 10 ou 15 jours, quelle est votre attitude ? (15)

- On recherche l'écoulement en position genu pectorale avec épreuves qui augmentent la pression du LCR5
- Si l'écoulement persiste, on recherche la brèche par des explorations complémentaires (TDM en coupes fines sur la base du crâne)5
- Si les explorations confirment la brèche : chirurgie : exploration et plastie de l'étage antérieur5

7. Quelle complication, même tardive, redoutez-vous ? (10)

- Méningite (surtout à pneumocoque) à évoquer systématiquement chez un patient aux antécédents de TC sans traitement de la brèche ostéoméningée10

DOSSIER N°21 : Une femme saouïe sans avoir rien bu

Mademoiselle S., 25 ans, est adressée aux urgences par son médecin traitant pour des troubles de l'équilibre évoluant depuis 3 jours.

Elle n'a pas d'antécédents familiaux particuliers. Elle n'a, quant à elle, pas eu de problème de santé à l'exception d'une « baisse de la vision de l'œil droit » il y a 5 ans qui a régressé sans traitement et pour lequel elle n'a eu aucun suivi médical.

L'épisode actuel a débuté il y a 3 jours. Alors qu'elle n'avait rien bu la veille, elle s'est réveillée comme « saouïe » se tenant aux murs pour ne pas perdre l'équilibre. Elle se plaint de ses gestes qui manquent de précision et depuis hier, elle tremble lorsqu'elle veut saisir un objet.

Cliniquement, elle est en bon état général, apyrétique, TA = 110/70 mmHg, FC = 80/mn.

La marche est difficile, avec un élargissement du polygone de sustentation. La station debout est instable avec une danse des tendons, non aggravée par l'occlusion des yeux. Les mouvements alternatifs des mains sont mal réalisés, le suivi oculaire se fait en saccades, et un tremblement d'intention prédomine à droite.

Les réflexes ostéotendineux sont vifs aux 4 membres avec un signe de Babinski bilatéral.

Le reste de l'examen neurologique et extra-neurologique est sans particularité.

1. Faites une analyse sémiologique des troubles présentés depuis trois jours par cette patiente.
2. Ce tableau clinique est dominé par un syndrome dont certains éléments sémiologiques font défaut. Lesquels ?
3. Quelles sont les principales causes à évoquer devant ce syndrome chez l'adulte ?
4. Quel est le diagnostic étiologique le plus probable
5. Dans l'énoncé, quels arguments épidémiologiques plaident en faveur du diagnostic ?
6. Quelle est la cause la plus probable de son trouble visuel 5 ans auparavant ? Quelles caractéristiques, utiles au diagnostic, recherchez-vous à l'interrogatoire ? Quel(s) stigmat(e)s pouvez-vous retrouver 5 ans après ?

DOSSIER N°21

1. Faites une analyse sémiologique des troubles présentés par cette patiente. (25)

- Syndrome cérébelleux aigu statique et cinétique5
- Statique
 - élargissement du polygone de sustentation2
 - démarche pseudo-ébrieuse2
 - danse des tendons.....2
 - absence d'aggravation des signes à l'occlusion des yeux.....2
- Cinétique
 - adiadococinésie (exécution des mouvements alternatifs)2
 - dysmétrie oculaire2
 - probable dysmétrie +/- hypermétrie (gestes imprécis)2
- Tremblement d'action asymétrique prédominant à droite3
- Syndrome tétrapyramidal (oubli = 0)3

2 Ce tableau clinique est dominé par un syndrome dont certains éléments sémiologiques font défaut. Lesquels ? (20)

- Syndrome cérébelleux cinétique
 - asynergie (trouble de l'association des mouvements élémentaires)4
 - dyschronométrie (retard à l'initiation et à l'arrêt du mouvement)4
 - dysarthrie (voix lente, scandée, explosive)4
 - écriture maladroite (lettres inégales et irrégulières)4
- *Troubles du tonus (hypotonie lors des mouvements passifs...)4

3. Quelles sont les principales causes à évoquer devant ce syndrome chez l'adulte ? (20)

- AVC :2
 - accident ischémique du territoire vertébro-basilaire1
 - hématome du cervelet1
 - lacune cérébrale1
- Encéphalite d'origine infectieuse:2
 - abcès du cervelet ou du tronc cérébral au cours d'une méningite infectieuse (tuberculose ou listéria en particulier)1
 - cérébellite virale (varicelle surtout)1
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke2
- Tumeur de la fosse postérieure d'évolution rapide2
- Poussée de SEP2
- Intoxication aiguë :2
 - ivresse alcoolique1
 - médicaments1
 - intoxications professionnelles1

4. Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ? (5)

- Poussée de sclérose en plaques5

5. Dans l'énoncé, quels arguments épidémiologiques plaident en faveur du diagnostic ? (5)

- Début entre 20 et 40 ans2
- Femme2
- Région tempérée1

6. Quelle est la cause la plus probable de son trouble visuel 5 ans auparavant ? Quelles caractéristiques, utiles au diagnostic, recherchez-vous à l'interrogatoire ? Quel(s) stigmat(e)s pouvez-vous retrouver 5 ans après ? (25)

- Névrite optique rétro-bulbaire unilatérale droite :.....5
 - caractère unilatéral2
 - douleurs orbitaires et périorbitaires augmentant à la mobilisation du globe oculaire2
 - baisse rapide (de quelques heures à quelques jours) et importante de l'acuité visuelle2
 - trouble de la vision des couleurs (dyschromatopsie d'axe rouge-vert)2
- Régression en quelques semaines:2
 - baisse de l'acuité visuelle séquellaire2
 - scotome (souvent central) au champ visuel3
 - pâleur papillaire au fond d'œil (atrophie optique séquellaire)3
 - perturbation des potentiels évoqués visuels2

DOSSIER N°22: Un homme âgé a la « tremblote »

Monsieur T., 65 ans, vient vous consulter pour un tremblement des membres supérieurs évoluant progressivement depuis 6 mois. Initialement minime et peu invalidant (surtout lorsqu'il était nerveux), il le gêne car il est maintenant permanent, bilatéral et survient même au repos.

Monsieur T. est diabétique depuis 10 ans, traité par DIAMICRON® et prend, depuis 1 mois, de l'ANAFRANILe (60 mg le soir) pour une dépression réactionnelle à la mort de sa femme.

Cliniquement, vous retrouvez un tremblement d'attitude et de repos des deux membres supérieurs, asymétrique, prédominant aux extrémités et à droite. Lors de l'épreuve de calcul mental, vous constatez une majoration du tremblement des membres supérieurs et l'apparition d'un dodelinement de la tête. Les réflexes ostéotendineux achilléens sont abolis.

Le reste de l'examen est sans particularité.

1. Quelles sont les données de l'énoncé compatibles aussi bien avec un tremblement essentiel qu'avec un tremblement parkinsonien ?
2. Donner les caractéristiques sémiologiques du tremblement parkinsonien.
3. Quels arguments plaident ici en faveur d'un tremblement essentiel ?
4. Quels autres arguments auraient conforté votre diagnostic ?
5. Donner les autres étiologies potentielles en vous limitant aux données de l'énoncé.
6. Son médecin traitant propose la mise en route d'un traitement par propranolol. Qu'en pensez-vous ?

DOSSIER N°22

1. Quelles sont les données de l'énoncé compatibles aussi bien avec un tremblement essentiel qu'avec un tremblement parkinsonien ? (20)

- Début et évolution progressive4
- Type de tremblement: attitude et repos4
- Prédominance aux membres supérieurs et aux extrémités4
- Caractère asymétrique avec bilatéralisation secondaire4
- Majoration lors du stress et de l'épreuve de calcul mental4

2 Donnez les caractéristiques sémiologiques du tremblement parkinsonien. (20)

- Tremblement de repos, parfois d'attitude (oubli = 0).....3
- Régulier, lent à 4-7 cycles/s3
- Prédominant aux membres supérieurs et aux extrémités (émiettement...)2
- Souvent asymétrique au début de l'évolution.....2
- Respecte la tête mais peut toucher les lèvres, la langue ou le menton2
- Disparaît lors du mouvement volontaire et du sommeil2
- Aggravé par le stress et lors de la réalisation d'un mouvement par le membre controlatéral2
- Associé le plus souvent aux autres éléments de la triade parkinsonienne (akinésie, rigidité)2
- Sensible aux anti-cholinergiques.2

3. Quels arguments plaident, ici, en faveur d'un tremblement essentiel ? (10)

- Tremblement d'attitude ayant précédé le tremblement de repos2
- Atteinte du segment céphalique (dodelinement).....4
- Examen neurologique par ailleurs normal (en particulier, pas de signe parkinsonien associé) (oubli = 0)4

Remarque : l'abolition des ROT des membres inférieurs ne plaide pas plus pour l'une ou l'autre étiologie (cf question 5).

4. Quels autres arguments auraient conforté votre diagnostic ? (20)

- Antécédents familiaux de tremblement essentiel4
- Fréquence rapide du tremblement à 8-12 cycles/s4
- Manceuvre du serment et le signe de bretteur positifs2
- Présence d'un tremblement orthostatique associé aux membres inférieurs3
- Amélioration lors du mouvement volontaire et de la prise d'alcool4
- Voix chevrotante3

5. Donnez les autres étiologies potentielles en vous limitant aux données de l'énoncé. (15)

- Tremblement iatrogène à la prise d'un antidépresseur tricyclique (ANAFRANIL®)..... 5
- Tremblement sur polyradiculonévrite chronique secondaire au diabète (abolition des ROT)5
- Tremblement psychogène5

6. Son médecin traitant propose la mise en route d'un traitement par propranolol. Qu'en pensez-vous ? (15)

- Les R-bloquants sont un bon traitement du tremblement essentiel5
- Mais ils sont ici contre-indiqués chez ce patient diabétique (masque les signes lors de l'hypoglycémie)10

Remarque: propranolol (AVLOCARDYL®). On peut proposer du RIVOTRIL®.

DOSSIER N°23 : Un bûcheron a la « gueule de travers »

Monsieur L., 45 ans, bûcheron, vous est adressé par son médecin traitant pour une paralysie faciale droite survenue le matin même. L'interrogatoire ne retrouve aucun facteur déclenchant particulier.

Il n'a jamais été malade. Depuis 2 à 3 semaines, il reconnaît qu'il se sent fatigué, fébrile et dimanche dernier, il n'a pas eu le courage d'aller à la chasse. Il se sentait tout « courbatu » avec des douleurs articulaires et musculaires « un peu comme si j'avais la grippe ».

Cliniquement, c'est un solide gaillard de 90 kg pour 1,85 m. La TA est à 140/80 mmHg, la FC à 50/mn, la température à 37,9°C.

Il persiste quelques céphalées modérées sans syndrome méningé clinique. Vous confirmez l'existence d'une paralysie faciale droite périphérique isolée. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

1. Quels arguments vous permettent de différencier une paralysie faciale périphérique d'une paralysie faciale centrale ? Détailler la sémiologie clinique de l'atteinte périphérique du nerf facial.
2. Vous constatez une diminution du réflexe cornéen. Pensez-vous, dans ce contexte, qu'il faille en conclure à une atteinte associée du trijumeau ?
3. Détaillez l'examen clinique à visée étiologique que vous réalisez devant toute paralysie faciale périphérique apparemment isolée ?
4. Quel bilan paraclinique pratiquez-vous ? Quel examen simple demandez-vous en urgence pour votre patient ? Pourquoi ?
5. Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez.
6. Réalisez-vous un EIVIG du nerf facial ? Si oui, dans quel délai et dans quel but ?
7. Citez les complications des paralysies faciales (quelle que soit l'étiologie en cause).

DOSSIER N°23

1. Quels arguments vous permettent de différencier une paralysie faciale périphérique (PFP) d'une paralysie faciale centrale (PFC) ? Détailler la sémiologie de l'atteinte périphérique du nerf facial. (20)

- La PFP, contrairement à la PFC
- affecte aussi bien le territoire facial supérieur qu'inférieur (oubli = 0)2
- est identique dans les mouvements automatiques et volontaires (pas de dissociation automatico-volontaire)2

SIGNES MOTEURS

- L'atteinte du territoire facial supérieur entraîne
- un effacement des rides du front1
- un élargissement de la fente palpébrale1
- une raréfaction du clignement1
- une impossibilité à relever les sourcils et plisser le front1
- un déficit de fermeture de la paupière (signe de Charles Bell) (oubli = 0)1
- une absence de clignement à la menace, une disparition du réflexe cornéen1
- un signe des cils de Souques dans les formes frustes1
- L'atteinte du territoire facial inférieur entraîne
- une déviation de la commissure labiale vers le côté sain1
- un effacement du pli naso-génien au repos (oubli = 0).....1
- une impossibilité de siffler ou de gonfler les joues1
- un signe du peucier de Babinski dans les formes frustes1

SIGNES ASSOCIÉS VARIABLES EN FONCTION DE LA LOCALISATION DE LA LÉSION/.....1

- Si lésion en aval de la corde du tympan : déficit moteur pur1
- Si lésion
- en amont de la corde du tympan : diminution des sécrétions salivaires et agueusie des 2/3 antérieurs de la langue (électrogustatométrie)1
- en amont du nerf du muscle de l'étrier: hyperacousie douloureuse (abolition du réflexe stapédien lors de l'impédancemétrie)1
- en amont du nerf grand pétreux superficiel: diminution des sécrétions lacrymales (test de Schirmer)1

2 Vous constatez une diminution du réflexe cornéen. Pensez-vous dans ce contexte qu'il faille penser à une atteinte associée du trijumeau ? (5)

- NON1
- Le réflexe met en jeu à la fois le V (sensibilité cornéenne) et le VII (contraction de l'orbiculaire des paupières)2
- Une atteinte isolée du VII peut induire une diminution ou une abolition du réflexe cornéen par paralysie de l'orbiculaire2

3. Détailler l'examen clinique à visée étiologique que vous réalisez devant toute PFP apparemment isolée ? (20)

INTERROGATOIRE (oubli =0)

- Antécédents1
- Mode de survenue1
- Signes localisateurs (agueusie...)1
- Douleurs associées...1

EXAMEN CLINIQUE

- Température oubli = 0 2
- Examen neurologique
- recherche d'un syndrome méningé2

-tonus des muscles faciaux au repos.....	1
-testing facial	1
-atteinte associée d'autres nerfs crâniens (V, VIII ++)	2
=atteinte associée d'autres nerfs périphériques	1
- atteinte des voies longues sensibles et/ou motrices (syndrome alterne)	2
• Examen otologique :	1
- otite	1
-éruption dans la zone de Ramsay-Hunt	1
•Palpation de la parotide et des aires ganglionnaires pré-tragiennes	1
• Examen ophtalmologique: kératite	1

4. Quel bilan paraclinique pratiquez-vous ? Quel examen simple demandez-vous en urgence pour votre patient ? Pourquoi ? (20)

•Bilan paraclinique	
-NFS, plaquettes, VS, CRP	1
- ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie à jeun	1
- EPP	1
- FAN, Ac anti DNA natif, complément sérique	1
-sérologie borrelia burgdorferi, syphilis, VIH (oubli =0)	1
- PL si fièvre ou atteinte neurologique plus diffuse	1
-radiographie pulmonaire	1
- IRM si suspicion de lésion intracrânienne du facial	1
-audiogramme	1
- impédancemétrie avec recherche du réflexe stapédien	1
-test de schirmer	1
- électrogustométrie	1
-à J7, J10 EMG de la face	1
• ECG (oubli = 0)	3
• Suspicion de maladie de Lyme qui entraîne des troubles de la conduction le plus souvent asymptomatiques pouvant rapidement s'aggraver	4

5. Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez. (10)

• PFP unilatérale droite dans le cadre d'une maladie de Lyme (3) à la phase secondaire (2)	5
• Activité professionnelle et de loisir à risque (oubli = 0)	1
• Contexte d'asthénie, de myalgies et d'arthralgies	1
• Fébricule	1
• Atteinte fréquente uni ou bilatérale du nerf facial dans cette maladie	1
• Céphalées (syndrome méningé à minima ?)	1

6. Réalisez-vous un EMG du nerf facial ? Si oui, dans quel délai et dans quel but ? (10)

• OUI	2
• 2 EMG sont utiles:	1
-J7-J10	1
- au cours de l'évolution	1
• Bilan initial à J7-J10	
- topographie précise de l'atteinte	1
- intensité de l'atteinte	1

- Au cours de l'évolution :

réinnervation éventuelle ou absence de récupération	1
- signes d'hémispasme facial débutant	1

7. Citez les complications des paralysies faciales (quelle que soit l'étiologie en cause). (15)

• Kératite et ulcérations cornéennes (oubli = 0).....	5
• Hémispasme facial post-paralytique (contracture permanente, syncinésies, fasciculations)	5
• Syndrome des larmes de crocodile ou syndrome de Frei.....	5

D(
Vou
mer
L'int
réCE
Il rE
dési
Il se
typE
lors
Clin
Tou
tubE
votr
2.C
3. À
4.C
5.C
6.C
rE

DOSSIER N°24 : Promis, demain j'arrête

Vous voyez. pour la première fois, monsieur P., 50 ans, jardinier qui consulte pour des douleurs des membres inférieurs évoluant depuis 6 mois à 1 an.

L'interrogatoire est difficile car il ne se souvient pas de grand chose en particulier pour ce qui est des faits récents.

Il reconnaît consommer 1 à 2 litres de vin par jour depuis au moins 20 ans. Sa dernière cure de désintoxication date d'il y a 1 mois et il prend de façon continue de l'ESPERAL®.

Il se plaint essentiellement de douleurs des jambes à type de crampes, de douleurs des plantes des pieds à type de brûlures qui l'empêchent de dormir la nuit et de troubles de la marche : « Je n'arrête pas de buter lorsque je monte un trottoir ou les marches d'un escalier ».

Cliniquement, l'état général est conservé. T°37,2°C. TA 120/70 mmHg. Il pèse 60 kg pour 1,75 m.

Tout en regardant son carnet de santé dans lequel vous découvrez qu'il a été traité il y a 2 ans pour une tuberculose pulmonaire, le patient continue à vous parler, vous félicitant d'avoir changé la décoration de votre cabinet depuis la dernière fois.

1. Concernant l'atteinte des membres inférieurs, quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez.
2. Quels arguments cliniques, non présents dans l'énoncé, recherchez-vous pour le conforter.
3. À partir de l'observation, quelles autres causes pourraient être responsables de sa symptomatologie.
4. Que vous attendez-vous à trouver à l'EMG ?
5. Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?
6. Quel diagnostic évoquez-vous devant son atteinte des fonctions supérieures. Vous justifierez votre réponse. Quels signes manquent pour que le tableau soit complet ?

DOSSIER N°24

1. Concernant son atteinte des membres inférieurs, quel est le diagnostic le plus probable? Justifiez. (30)

- Polynévrite chronique sensitivo-motrice alcoolo-carentielle10
- cause la plus fréquente en France de polynévrite2
- éthyliisme chronique2
- dénutrition probable (60 kg pour 1,75 m)2
- début et évolution lentement progressifs depuis 6 mois à 1 an3
- atteinte bilatérale, symétrique et distale prédominante aux membres inférieurs (oubli = 0).....4
- troubles sensitifs subjectifs évocateurs (brûlures, crampes avec une recrudescence nocturne)3
- probable déficit moteur prédominant sur les loges antéro- exte rnes avec steppage bilatéral4

2 Quels arguments cliniques, non présents dans l'énoncé, recherchez-vous pour le conforter ? (15)

- Douleurs à la pression des mollets 1
- Hypoesthésie en « chaussettes » à tous les modes, à limite supérieure floue (oubli = 0)2
- Allodynie au frôlement2
- Parfois troubles proprioceptifs au premier plan (forme ataxiante)2
- Testing musculaire objectivant le déficit moteur des loges antéro-externes2
- Abolition des réflexes achilléens (précoce) et par la suite rotuliens (oubli = 0)2
- Troubles trophiques cutanés1
- Absence de dysautonomie1
- Autres stigmates d'intoxication éthylique chronique2

3. A partir de l'énoncé, quelles autres causes pourraient être responsables de sa symptomatologie ? (5)

- Iatrogènes
- ESPERAL®1
- Isoniazide (RIMIFON®) (oubli = 0).....1
- Cause toxique (jardinier) :
- thallium (insecticides et raticides)1
- organophosphores (insecticides)1

4. Que vous attendez-vous à trouver à l'EMG ? (15)

- Signes de polynévrite le plus souvent sensitivo-motrice de type axonal bilatérale3
- nette diminution de l'amplitude des potentiels d'action sensitifs (et parfois moteurs)4
- sans diminution franche des vitesses de conduction4
- tracé pauvre de type simple accéléré lors de la contraction volontaire maximale2
- potentiels de fibrillation et/ou potentiels lents de dénervation en cas de dénervation musculaire (atteinte axonale sévère)2

5. Quels autres examens complémentaires demandez-vous ? (15)

- Examens biologiques systématiques
- NFS, VS2
- glycémie à jeun2
- urée sanguine et créatininémie2
- bilan hépatique (ASAT, ALAT, TP, GammaGT, PAL)2
- EPP1
- radiographie pulmonaire1
- sérologie VIH (oubli = 0)2
- Dans ce cas particulier ne pas oublier le bilan général de l'intoxication éthylique !3

6. Quel diagnostic évoquez-vous devant son atteinte des fonctions supérieures ? Vous justifierez votre réponse. Quels éléments manquent pour que le tableau soit complet ? (20)

Syndrome de Korsakoff	5
Amnésie rétrograde plus ou moins importante avec conservation des souvenirs anciens	3
Fabulations et fausses reconnaissances (décoration du cabinet, il vient pour la première fois !)	3
• Anosognosie des troubles.....	3
- Amnésie antérograde avec oubli à mesure	2
• DTS	2
Respect des autres fonctions supérieures	2

DOSSIER N°25 : Elle a fait un bébé toute seule

Mademoiselle P., 32 ans, ouvrière au chômage depuis 1 an, est amenée par sa mère aux urgences psychiatriques de Paris. Elle a accouché il y a 10 jours et tient son nouveau-né dans les bras.

Elle semble abattue, ne comprenant pas pourquoi cette « garce » l'a amenée ici. « C'est sûrement parce qu'elle veut du mal à mon enfant ». « Elle fait partie de cette bande de chasseurs masqués qui vient le soir dans ma chambre pour me voler mon enfant. D'ailleurs, ça n'est pas ma fille. J'avais un garçon mais ils m'en ont donné un autre. »

Très calme en début d'entretien, elle devient progressivement sthénique et agressive refusant de répondre à vos questions.

Sa mère est très inquiète. C'est sa première petite-fille et le père de l'enfant est parti à 3 mois de grossesse. Sa fille a refusé de suivre la préparation à l'accouchement. Lorsqu'elle est rentrée de la maternité, elle semblait fatiguée mais heureuse et puis, brutalement, son comportement a changé.

« Je ne sais plus quoi faire. Parfois, elle s'agite dans tous les sens et à certains moments, elle reste assise des heures entières dans sa chambre comme si plus rien ne l'intéressait. Elle me raconte des choses bizarres et le soir elle hurle comme si elle avait des cauchemars sans dormir. »

1. Faites une analyse sémiologique de cette observation.
2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Donner la fréquence de cette pathologie en France.
3. Quels autres facteurs de risque, absents dans l'énoncé, recherchez-vous ?
4. Quels sont les trois principaux diagnostics différentiels à évoquer ?
5. Quels sont les modes évolutifs de cette pathologie ?
6. Donner les grands principes de votre prise en charge thérapeutique.

DOSSIER N°25

1. Faites une analyse sémiologique. (40)	
• Femme âgée de plus de trente ans	2
• Situation socio-économique difficile	2
• Primipare	2
• Absence de préparation à la grossesse (ou à la réalité de l'enfant à venir)	2
• Début brutal après un temps de latence de 3 à 5 jours après l'accouchement	2
• Tableau confuso-onirique polymorphe et variable d'un moment à l'autre (oubli = 0)	5
• Fluctuation de la conscience (troubles de la vigilance allant de la stupeur à l'agitation à recrudescence vespérale)	5
• Fluctuation de l'humeur (moments dépressifs intenses avec risque auto ou hétéro-agressif alternant avec des périodes d'exaltation thymique)	5
• Syndrome délirant riche, intense surtout hallucinatoire:	5
- mécanismes multiples (illusions, hallucinations, scènes oniriques...)	5
-thématique centrée sur la naissance et la relation à l'enfant	5
2 Quel est le diagnostic le plus probable ? Donner la fréquence de cette pathologie en France. (15)	
• Psychose puerpérale ou psychose confuso-délirante du post-partum	10
• Pathologie retrouvée dans 1 à 2 ‰ des accouchements	5
3. Quels autres facteurs de risque, absents dans l'énoncé, recherchez-vous ? (10)	
• Antécédent familial de schizophrénie ou antécédent personnel de bouffée délirante	3
• Conditions d'accouchement difficiles, complications obstétricales	3
4. Quels sont les trois principaux diagnostics différentiels à évoquer ? (15)	
• Thrombophlébite cérébrale (oubli =0)	5
• Rétention placentaire	5
• Causes infectieuses diverses	5
5. Quels sont les modes évolutifs de cette pathologie ? (10)	
• 80 % d'évolution favorable, avec une guérison sans séquelle	3
• 20 % de récurrence lors de la prochaine grossesse	3
• Dans 10 à 15 % des cas, constitue le tableau inaugural d'une pathologie thymique ou d'une pathologie schizophrénique dysthymique ou non	4
6. Donner les grands principes de votre prise en charge thérapeutique. (10)	
• Hospitalisation en urgence en milieu spécialisé de la mère et de l'enfant	2
• Traitement symptomatique de la mère: sismothérapie ou neuroleptiques	2
• Double prise en charge de la mère et de l'enfant de préférence en hospitalisation dans une unité mère-enfant en aménageant avec soin et progressivement les relations entre la mère et son enfant (juste distance affective) par des mesures psychothérapeutiques et éducatives	2
• Prévention des récurrences (oubli =0)	2
- respecter un certain délai avant d'avoir un autre enfant	1
- hospitalisation systématique dans une unité mère-enfant lors de la prochaine grossesse	1

DOSSIER N°26 : Qui a encore dévalisé le frigo ?

Mademoiselle B., 20 ans, célibataire et étudiante à l'école hôtelière, vient, accompagnée de sa mère, à votre cabinet.

C'est une jeune fille de 60 kg pour 1,70 m, sans antécédents particuliers à l'exception d'un reflux gastro-cesophagien pour lequel elle prend du MAALOX® quand elle a mal.

Son père est décédé il y a un an.

Sa mère est inquiète car elle l'a surprise une nuit dans la cuisine, dévalisant le frigo et le congélateur.

Elle avait ingurgité 2 litres de glace, 3 tablettes de chocolat, 1 pot entier de rillettes...

La jeune fille vous avoue que ces épisodes se répètent 4 à 5 fois par semaine depuis plusieurs mois.

« C'est comme si je ne pouvais pas m'en empêcher... Ce n'est pas par plaisir, mais je suis nulle, je n'arrive pas à me contrôler... Je n'ai vraiment aucune volonté. Je ne mets pourtant jamais les pieds dans une boulangerie et je refuse toutes les invitations au restaurant, mais ça ne marche pas. J'aimerais tellement être mince et belle... J'aurais certainement plus d'amis. Vous allez rire, docteur, mais encore la nuit dernière j'ai rêvé que je mangeais un cassoulet pour dix personnes à moi toute seule. »

L'examen clinique est sans particularité.

1. Faites une analyse sémiologique de cette observation.
2. Quel est le diagnostic ? Donner le(s) critère(s) diagnostique(s) du DSM-IIIr présents dans l'observation et ceux qui manquent.
3. Quelles autres conduites impulsives sont souvent retrouvées chez ces patients ?
4. Quel(s) diagnostic(s) différentiel(s) devez-vous évoquer ?
5. Quel est le pronostic de cette pathologie ?
6. En cas de chronicisation des troubles, quelle(s) complication(s) peut-on observer ?
7. Dans quel(s) cas pensez-vous que l'hospitalisation est nécessaire ?

DOSSIER N°26

1. Faites une analyse sémiologique de l'observation. (30)	
• Adolescente de poids normal (65 % des cas)	2
• Début des troubles vers 19-20 ans	2
• Facteur déclenchant probable: la mort de son père	2
• Accès boulimique:	2
- incontrôlable, impérieux, de survenue brutale (« je ne peux pas m'en empêcher... »)	2
- aliments hypercaloriques	2
- acte réalisé en cachette	2
- sentiment de malaise, remords, honte	2
- auto-dépréciation, mépris de soi-même, sensation d'avoir perdu le contrôle de soi	2
- répétition de ces accès plus de deux fois par semaine depuis plusieurs mois	2
• Conduite boulimique:	2
- attirance pour la cuisine et les métiers d'alimentation	1
- comportement d'évitement (ne va pas dans les boulangeries...)	2
- rêves, fantasmes de type « culinaire »	1
- obsession des régimes, recherche d'une minceur idéale	2
- adaptation sociale difficile	2
2 Quel est le diagnostic? Donner le(s) critère(s) diagnostique(s) du DSMIIIr présents dans l'observation et ceux qui manquent. (20)	
• Boulimie de l'adolescence (oubli = 0)	10
• Critères du DSMIIIr présents dans l'observation (4 critères sur 5 sont présents)	
- épisodes répétés d'accès boulimique	2
- sentiment de perte de contrôle de soi-même pendant les accès	2
- minimum de 2 accès par semaine depuis plus de trois mois	2
- préoccupation constante de l'aspect corporel et du poids	2
• Critère absent	
- vomissements provoqués, utilisation de laxatifs, de diurétiques	2
3. Quelles autres conduites impulsives sont souvent retrouvées chez ces patients ? (5)	
• Achats d'objets plus ou moins inutiles	1
• Collection de vêtements ou bijoux	1
• « Boulimie » sexuelle	1
• Kleptomanie	2
4. Quel(s) diagnostic(s) différentiel(s) devez-vous évoquer ? (15)	
• Hyperphagie secondaire à une cause organique:	2
- tumeur cérébrale (frontale)	1
- épilepsie partielle	1
- syndrome démentiel	1
- endocrinopathies	1
• Hyperphagie secondaire à des pathologies psychiatriques:	1
- accès maniaque.....	1
- schizophrénie	1
- équivalent dépressif	1
- équivalent névrotique	1
• Autres troubles du comportement alimentaire:	1
- grignotage (petites quantités de nourriture prises en cachette mais sans sentiment de culpabilité)	1
- hyperphagie	1
- chocolatomanie (et oui ça existe !!)	1

5. Quel est le pronostic de cette pathologie ? (5)

- Durée moyenne de l'affection : 5 à 10 mois mais2
- @30 % de chronicisation (tendance à l'auto-entretien et même de l'auto-renforcement) (oubli = 0)3

6. En cas de chronicisation des troubles, quelle(s) complication(s) peut-on observer ? (15)

- Troubles du cycle menstruel de tout type2
- , Hypertrophie parotidienne2
- Secondaires aux vomissements répétés:1
- alcalose, hypokaliémie, déshydratation extra-cellulaire2
- atteinte stomatologique (émail dentaire, caries, gingivite...)2
- ulcérations (buccales, pharyngées, œsophagiennes, reflux gastro-œsophagien...)2
- conduite suicidaire, toxicomanie2
- épisodes dépressifs2

7. Dans quel(s) cas pensez-vous que l'hospitalisation est nécessaire ? (10)

- Risque suicidaire élevé avec éléments dépressifs sévères3
- Désordres hydroélectriques majeurs (oubli = 0)3
- Résistance au traitement ambulatoire2
- Recrudescence débordante des accès boulimiques2

DOSSIER N° 27 : Marion, 10 ans, a très mal à la tête

Le 30 mars 1998, la maman de la petite marion, 10 ans, vous appelle affolée.

Depuis la veille au soir, sa fille se plaint de céphalées intenses. Ce matin, elle a 39°C de température, frissonne, se plaint de maux de ventre et a vomi à plusieurs reprises. Ses vaccinations sont à jour et à l'exception d'une rhinopharyngite qu'elle traîne depuis trois jours, c'est une petite fille en bonne santé.

Vous arrivez en urgence au domicile. L'enfant est prostrée dans sa chambre, dos à la fenêtre, sans autres signes méningés. Elle est obnubilée, geint... Le reste de l'examen neurologique est sans particularité.

La TA est à 80/40 mmHg, la FC à 140/mn.

Vous entendez un souffle mitral fonctionnel et quelques râles aux bases pulmonaires. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie mais en soulevant les draps, vous constatez aux membres inférieurs, des lésions purpuriques extensives.

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?
2. Quel germe vous semble en cause ? Sur quels arguments ?
3. Quels autres arguments, absents de l'énoncé, auraient facilité l'orientation vers ce germe ?
4. Quels examens paracliniques demandez-vous ?
5. Quel traitement spécifique mettez-vous en place ?
6. Quelles autres mesures sont à prendre dans une telle situation ?

DOSSIER N°27**1. Quel diagnostic évoquez-vous? Sur quels arguments ? (20)**

- Purpura fulminans. Forme suraiguë d'une méningite bactérienne probablement à méningocoque (réponse inexacte = 0 au dossier)10
- Évolution fulgurante2
- Purpura extensif (oubli = 0)3
- Syndrome méningé discret2
- Syndrome infectieux franc avec signes de choc3

2 Quel germe vous semble en cause ? Sur quels arguments ? (20)

- Méningocoque (diplocoque gram négatif encapsulé) (autre réponse = 0)10
- Cause la plus fréquente de méningite bactérienne en France (méningocoque B surtout)1
- Terrain : enfant2
- Période hiverno-printanière2
- Rhinopharyngite inaugurale (incubation de 2 à 4 jours)2
- *Tableau clinique de purpura fulminans évocateur2
- Absence d'arguments en faveur d'un autre germe1

3. Quels autres arguments, absents de l'énoncé, auraient facilité l'orientation vers ce germe ? (10)

- Certitude de la vie en collectivité2
- Notion de contagé, épidémie2
- Herpès naso-labial2
- Arthralgies intenses, fugaces2
- Éruption érythémateuse, injection conjonctivale2

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

- Hémocultures systématiques (oubli = 0)1
- Antigènes solubles dans le sang et les urines1
- ECBU1
- Prélèvement de gorgeNC
- Examens biologiques standards
 - groupe, rhésus0,5
 - NFS-plaquettes0,5
 - hémostase complète (risque de CIVD)1
 - ionogramme sanguin, créatinine, glycémie, bilan hépatique1
 - VS et CRP1
 - gaz du sang1
- Analyse du LCR par ponction lombaire: (oubli = 0)1
 - aspect macroscopique1
 - analyse cytologique1
 - analyse biochimique (glycorachie, protéinorachie, chlorurorachie, dosage de l'acide lactique)1
 - analyse bactériologique:1
 - examen direct avec coloration gram1
 - mise en culture1
 - antibiogramme systématique1
 - recherche d'antigènes solubles dans le LCR (possible pour méningo A et C)1
- Radiographie pulmonaire1
- Radiographies des sinus (maxillaires, frontaux, ethmoïdaux)1
- ECG1

Remarque : Le méningocoque étant un germe fragile, les prélèvements doivent être immédiatement portés au laboratoire. Le purpura fulminans est le seul cas où l'administration des ATB peut et doit se faire même avant tout prélèvement bactériologique.

5. Quel traitement spécifique mettez-vous en place ? (15)

- Antibiothérapie :1
- probabiliste, déterminée par la fréquence du germe en fonction de l'âge et du terrain et adaptée secondairement au germe identifié et à l'antibiogramme1
- bactéricide, active sur le germe supposé responsable, ayant une bonne diffusion méningée1
- administrée par voie parentérale à fortes doses1
- (0 à la question si oubli du paragraphe « général » sur les principes de l'antibiothérapie)
- Le germe est sensible aux pénicillines A et G et aux céphalosporines de troisième génération2
- Le traitement classique repose sur :3
- aminopénicilline : amoxicilline (CLAMOXYL®) 200 mg/kg/jour IV en 4 injections
- ou pénicilline G : 200 000 UI/kg/jour IV en 6 injections
- Si allergie aux pénicillines:3
- céphalosporine de troisième génération: céfotaxime (CLAFORAN®) 200 mg/kg/jour en 4 injections ou ceftriaxone (ROCÉPHINE®) 100 mg/kg/jour en 2 injections
- ou fluoroquinolone IV (PÉFLACINE®) 800 mg/jour IV en 2 injections
- Durée du traitement : 7 à 10 jours3

6. Quelles autres mesures sont à prendre dans une telle situation ? (15)

- Pour le patient : 1 0
- Hospitalisation en unité de soins intensifs
 - Mise en place d'une bonne voie d'abord veineuse avec réhydratation hydroélectrolytique en fonction du ionogramme sanguin
 - Surveillance par scope cardiorespiratoire
 - Prévention de la décompensation de tares à 10 ans
 - Prévention des complications du décubitus
 - Antipyrétiques (aspirine et/ou paracétamol) surtout chez l'enfant en raison du risque de convulsions
 - ±corticoïdes si administrés précocement
 - Antalgiques
 - Surveillance clinique: (oubli = 0)
 - pouls, TA toutes les trois heures
 - diurèse toutes les 24 heures
 - température toutes les 4 heures puis 3x/jour
 - fréquence respiratoire, cyanose, sueurs
 - examen neurologique biquotidien à la recherche de complications
 - état cutané
 - Surveillance paraclinique:
 - NFS, plaquettes, hémostase, ionogramme sanguin et urinaire, glycémie quotidiens
 - VS, CRP, EPP sériques à J0, J4, J7
 - gaz du sang en cas de signes respiratoires
 - radiographie pulmonaire
 - scanner cérébral et EEG si apparaissent des signes encéphaliques
 - Mesures prophylactiques nécessaires en cas de méningite à méningocoque : (oubli =0)5
 - déclaration obligatoire
 - isolement
 - information du responsable de la collectivité et surveillance rapprochée de l'entourage
 - traitement préventif à instaurer dans les plus brefs délais pour:
 - . les sujets vivants au domicile du patient et/ou exposés aux sécrétions nasopharyngées dans les dix jours précédents l'hospitalisation
 - . éventuellement les autres membres de la collectivité (la classe si 2 cas surviennent dans la classe, l'établissement tout entier si 3 cas surviennent en moins de 1 mois dans deux classes différentes)
- Exemple : rifampicine durant 48 h, 1 200 mg/jour en 2 prises chez l'adulte, 20 mg/kg/jour chez l'enfant de 1 mois à 12 ans, 10 mg/kg/jour chez le nourrisson de moins de 1 mois. Si contre-indication: spiramycine (ROVAMYCINE®) durant 5 jours.

DOSSIER N° 28: Madame Trousseau se plaint de la face

Madame Trousseau, 55 ans, vient consulter à votre cabinet sur les conseils de son médecin traitant car elle se plaint depuis trois jours d'une douleur très intense de l'hémiface droite, intermittente, brève, qui se répète plusieurs fois par jour. Le doliprane est resté inefficace.

Elle est inquiète car c'est la première fois qu'une telle chose lui arrive.

Elle n'a pas d'antécédent personnel particulier mais son frère a été suivi pour une algie vasculaire de la face. Elle est en bon état général. Les examens neurologique et extra-neurologique sont sans particularité.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? Donnez les arguments qui, dans l'énoncé, plaident en sa faveur.
2. Quels arguments cliniques manquent pour le conforter ?
3. Elle vous demande s'il s'agit de la même maladie que son frère. Que lui répondez-vous ? Argumentez.
4. Quels diagnostics différentiels évoquez-vous de principe ?
5. Citez les principales pathologies qui peuvent se manifester par un tableau clinique similaire.
6. Elle vous interroge sur l'évolution de sa maladie. Que lui répondez-vous ?
7. Énoncez brièvement les possibilités thérapeutiques qui s'offrent à vous.

DOSSIER N°28

1. Quel est le diagnostic le plus probable? Donnez les arguments qui, dans l'énoncé, plaident en sa faveur. (30)

- Névralgie essentielle du trijumeau ou maladie de Trousseau ou tic douloureux de la face (oubli =0).....10
- Femme (sexe ratio 3/2)2
- Début des troubles après 50 ans2
- Symptomatologie clinique évocatrice:2
 - douleur unilatérale1
 - très intense1
 - brève1
 - intermittente (intervalle libre)1
 - plusieurs accès par jour depuis plusieurs jours1
- Examen neurologique NORMAL entre les crises5
- Pas de signes associés ni d'antécédents particuliers4

2 Quels arguments cliniques manquent pour le conforter ? (15)

Interrogatoire

- Caractère initial strictement unilatéral de la douleur (bilatéralisation secondaire possible)1
- Territoire précis de la douleur (souvent une seule branche du nerf trijumeau, parfois deux)1
- Intensité fulgurante, insupportable de la douleur1
- Type de la douleur: coup de couteau ou décharge électrique1
- En salves, avec intervalles libres où le patient ne ressent AUCUNE douleur1
- Facteur déclenchant (mastication...)0,5
- Zone gâchette avec période réfractaire (oubli =0)0,5
- Manifestations vasomotrices peu intenses1
- Possibles manifestations motrices lors des crises douloureuses (tressaillement, spasme facial)1
- Respect du sommeil1

Examen clinique, préciser

- Réflexe cornéen conservé2
- Absence de déficit sensitif facial2
- Intégrité des autres paires crâniennes en particulier le VII et le VIII2

3. Elle vous demande s'il s'agit de la même maladie que son frère. Que lui répondez-vous ? (10)
Argumentez.

- Non5
- Pathologie de l'homme jeune2
- Douleur orbitaire ou périorbitaire unilatérale1
- Survient quotidiennement, à heure fixe durant plusieurs semaines1
- S'accompagne de signes vasomoteurs de l'hémiface homolatérale (larmoiement, rhinorrhée, rougeur cutanée, injection conjonctivale, Claude- Bernard- Horner...)1

4. Quels diagnostics différentiels évoquez-vous de principe ? (10)

- Névralgie symptomatique du trijumeau (oubli = 0)2
- Algie vasculaire de la face2
- Causes locales d'algie faciale:1
 - sinusites aiguës, chroniques0,5
 - otalgie0,5
 - douleur d'origine dentaire0,5

-SADAM	0,5
-douleur d'origine ophtalmique (glaucome, uvéite...)	0,5
• Maladie de Horton	0,5
• Névralgie du glossopharyngien essentielle ou symptomatique	2

5. Citez les principales pathologies qui peuvent se manifester par un tableau clinique similaire. (20)

- Tronc cérébral	
-sclérose en plaques	1
-tumeurs du tronc cérébral	1
-accident ischémique vertébro-basilaire (syndrome de Wallenberg)	1
-syringobulbie	1
• Angle ponto-cérébelleux	
- neurinome de l'acoustique	1
-autres tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux	1
-anévrisme du tronc basilaire	1
-zona du ganglion de Gasser	1
• Sinus caverneux	
- méningiome du sinus caverneux	1
-anévrisme de la portion intracaverneuse de la carotide interne	1
-thrombose du sinus caverneux	1
• Base du crâne et massif facial	
-tumeur de la base du crâne (métastase...)	1
- méningite carcinomateuse	1
-fracture de la base du crâne	1
- impression basilaire	1
-fractures du massif facial	1
-tumeur du sinus et sinusite	1
• Collagénoses (lupus, sclérodermie, syndrome de Sharp)	3

6. Elle vous interroge sur l'évolution de sa maladie. Que lui répondez-vous ? (10)

• Évolution discontinue (périodes de rémission alternant avec des périodes douloureuses)	2
• Fréquence des accès douloureux variable d'un patient à l'autre	2
• Tendance à l'aggravation avec le temps (augmentation de la fréquence et de l'intensité des crises)	2
• Possible extension à plusieurs branches du trijumeau voire même bilatéralisation	2
• Pathologie accessible à la thérapeutique	2

7. Énoncez brièvement les possibilités thérapeutiques qui s'offrent à vous. (5)

• Traitements médicamenteux	
-carbamazépine (TÉGRÉTOL®)	2
Si échec ou contre-indication	
- phénytoïne (DIHYDAN®)	1
-clonazépam (RIVOTRIL®)	NC
-baclofen (LIORÉSALO).....	NC
• En cas d'échec des traitements médicamenteux	
- thermocoagulation du ganglion de Gasser	1
- décompression vasculaire du nerf par abord direct de la fosse postérieure	1

DOSSIER N°29: Un homme de 35 ans devient bizarre et convulse

Monsieur H., 35 ans, est amené par le SAMU pour une crise convulsive généralisée tonico-clonique régressive sous RIVOTRIL®. Il ne s'agit pas d'un épileptique connu et il n'a d'ailleurs aucun antécédent particulier.

En interrogeant sa femme, vous apprenez que, depuis quelques jours, il se plaint de céphalées, la lumière le gêne et il ne mange presque plus rien. Elle le trouve « bizarre » : il se lève la nuit et dort souvent dans la journée, le regard parfois hagard, cherchant ses mots. Elle a été très surprise, il y a 24 heures, quand il s'est plaint de sentir des odeurs désagréables (qu'elle même ne sentait pas) et il lui aurait dit avoir l'impression d'avoir déjà vécu certaines scènes de la journée...

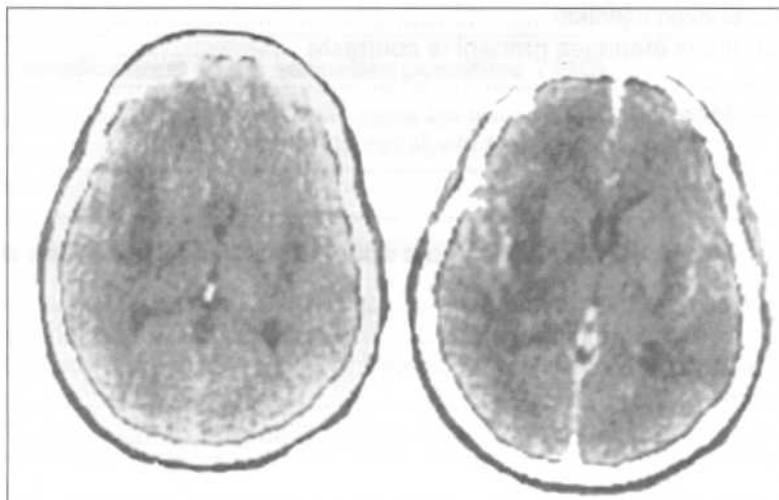
Cliniquement, le patient est obnubilé, désorienté dans le temps et dans l'espace. La température est à 38,5° C, la TA à 120/80 mmHg, la FC à 90/mn. Vous retrouvez un manque du mot franc et des troubles mnésiques. Les signes de Kernig et Brudzinski sont présents, le reste de l'examen est sans particularité.

L'EEG, que vous réalisez en urgence, élimine un état de mal épileptique.

Leucocytes 8 000/mm³, hémoglobine 12 g/dl, plaquettes 400 000/mm³, Na 140 mmol/L, K 3,5 mmol/L, CRP 20 ng/L, glycémie 6 mmol/L.

PL: liquide clair, 200 elts/mm³, 90 % de lymphocytes, protéinorachie à 0,9 g/L, glycorachie à 3 mmol/L.

1. Quel type de crise semble avoir présenté votre patient ? Donnez les arguments qui, dans l'énoncé plaident en faveur de votre diagnostic.
2. Quel diagnostic étiologique retenir en priorité ? Sur quels arguments ?
3. Quel est l'agent infectieux le plus souvent en cause chez l'adulte ?
4. Interpréter l'iconographie.
5. Quelles sont les structures cérébrales le plus souvent lésées dans ce type d'affection ?
6. Quels examens complémentaires spécifiques demandez-vous pour faire le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?
7. Quels sont les principes du traitement que vous mettez en route et dans quel délai ?
8. Quelles sont les complications et les séquelles possibles ?



DOSSIER N°29

1. Quel type de crise semble avoir présenté votre patient ? Donnez les arguments qui, dans l'énoncé, plaident en faveur de votre hypothèse. (20)

- Crise partielle temporale secondairement généralisée dans un contexte de syndrome méningé fébrile secondaire à une probable méningo-encéphalite herpétique5
- Fréquence des crises temporales dans les encéphalites herpétiques2
- Aphasie avec manque du mot (évocateur de la localisation temporale)2
- Cacosmie2
- Sensation de déjà vu2
- Troubles du comportement avec inversion du rythme nyctéméral2
- Épisodes de suspension de l'état de conscience2
- L'ensemble des signes décrits ci-dessus a précédé la crise généralisée tonico-clonique3

2 Quel diagnostic étiologique retenir en priorité ? Sur quels arguments ? (25)

- Méningo-encéphalite herpétique (diagnostic non donné =0 au dossier)10
- Adulte jeune1
- Syndrome méningé fébrile avec signes d'atteinte encéphalitique4
- Troubles du comportement1
- Inversion du rythme nyctéméral1
- Signes de localisation temporale: (oubli = 0)2
- crises partielles temporales (cacosmie... cf question 1)1
- aphasie1
- Obnubilation et désorientation temporo-spatiale1
- PL : hyperlymphocytose, hyperprotéinorachie modérée, glycorachie normale, liquide clair2
- Syndrome infectieux biologique discret (CRP T).....1

3. Quel est l'agent infectieux le plus souvent en cause chez l'adulte ? (5)

- Virus herpès de type I5

4. Interpréter l'iconographie. (10)

- Scanner cérébral sans et avec injection2
- Hypodensités plus ou moins étendues prenant le contraste2
- Avec un effet de masse2
- Localisées de façon bilatérale2
- Au niveau des lobes temporaux, des régions insulaires et fronto-orbitaires2

5. Quelles sont les structures cérébrales les plus souvent lésées dans ce type d'affection ? (5)

- Atteinte le plus souvent bilatérale et asymétrique1
- Lobes temporaux (région hippocampique)1
- Région fronto-orbitaire1
- Circonvolution cingulaire1
- Région insulaire1

6. Quels examens complémentaires spécifiques demandez-vous pour faire le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ? (15)

-Analyse virologique du LCR :	1
-recherche d'ADN du virus HSV1 par PCR	1
- recherche du virus par culture cellulaire	1
• Dosage du taux d'anticorps anti-HSV1 dans le sang et le LCR :	1
-recherche d'une élévation du taux d'anticorps anti-HSV1 dans le LCR par rapport au taux sérique	1
- Analyse biochimique spécifique du LCR :	1
- recherche d'une augmentation de l'interféron dans le LCR	1
• Scanner cérébral sans et avec injection :	1
-lésions hypodenses pouvant prendre le contraste de topographie évocatrice (bilatérales, asymétriques, prédominantes en temporal, dans les régions insulaires et fronto-orbitaires)	1
• IRM cérébrale:	1
-plus précocement anormale que le scanner. Hypersignaux du cortex et de la substance blanche dans les régions temporales internes et frontales inférieures, non spécifiques mais très évocatrices	1
• EEG :	1
-anomalies prédominantes en fronto-temporal. Pointes lentes ou ondes lentes à front raide pseudo-rythmique (2 cycles/s)	1
• Diagnostic de certitude : biopsie cérébrale	1
-avec mise en évidence du virus en microscopie électronique et en immuno-fluorescence	1

7. Quels sont les principes du traitement que vous mettez en route et dans quel délai ? (10)

• Il s'agit d'une urgence thérapeutique (oubli = 0)	2
• Il est nécessaire de mettre en route le traitement le plus rapidement possible dès les prélèvements bactériologiques et virologiques effectués et sans en attendre les résultats	3
• Aciclovir (ZOVIRAX®) (2), par voie parentérale à la seringue électrique à la dose de 15 mg/kg/8 h (2) pendant 15 jours (1)	5
• Traitement anti-cédémateux	NC
• Traitement anti-comitial	NC
• Surveillance (oubli = 0)	

8. Quelles sont les complications et les séquelles possibles ? (10)

• 20 % de mortalité dans les formes traitées (80 % dans les formes non traitées) le plus souvent par engagement temporal	2
• Déficit moteur ou sensitif séquellaire	1
• Aphasie	1
• Troubles mnésiques (syndrome de Korsakoff), syndrome démentiel	1
• Troubles psychiques:	1
- troubles du comportement	1
- syndrome de Kluver-Bucy (comportement de préhension, boulimie, hypersexualité)	1
• Épilepsie séquellaire	2



DOSSIER N°30: « J'me sens tout mou, mou, si mou »

Monsieur Gilles B., 29 ans, se plaint depuis quelques jours d'une faiblesse des membres inférieurs qui entrave la marche et la montée des escaliers. Depuis deux jours, il est aussi gêné pour couper sa viande et il n'a même pas pu aider sa femme à décharger les courses.

Il n'a pas d'antécédent particulier à l'exception d'une « gastroentérite », il y a 3 semaines, spontanément résolutive qui l'a contraint à s'arrêter 4 jours car il avait de la fièvre. Il dit avoir comme des « fourmis » dans les jambes depuis 10 jours, et qui s'étendent maintenant aussi aux mains. Enfin, alors qu'il n'a rien fait de particulier, il est « courbaturé » et son dos lui fait mal.

Cliniquement, la marche est dandinante avec un steppage bilatéral. La force motrice est globalement à 3+ aux membres supérieurs et à 3 aux membres inférieurs. Il existe une diplégie faciale sans autre atteinte des paires crâniennes. L'aréflexie intéresse les 4 membres. L'arthrokinésie et la pallesthésie sont diminuées aux membres supérieurs et abolies aux membres inférieurs. La sensibilité thermo-algique est conservée. Les réflexes cutanés plantaires sont en flexion et on ne retrouve pas de troubles sphinctériens.

La T° est à 37,2°C, la TA à 120/80 mmHg, la FC est régulière à 100/mn.

1. Quel est le diagnostic ? Sur quels arguments ?
2. Quels troubles végétatifs sont souvent associés ?
3. Quel bilan complémentaire demandez-vous ?
4. Dans ce bilan, 2 examens sont particulièrement contributifs. Lesquels et qu'en attendez-vous ?
5. Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?
6. En l'absence d'aggravation, quelle est votre prise en charge thérapeutique initiale ?
7. Sur quels critères transférerez-vous votre malade en réanimation ?

DOSSIER N°30

1. Quel est le diagnostic ? Sur quels arguments ? (20)

- Polyradiculonévrite inflammatoire aiguë ou syndrome de Guillain-Barré10
- Sujet jeune sans antécédent1
- Épisode infectieux digestif probablement viral d'allure banal dans les trois semaines précédant l'installation des signes cliniques1
- Courbatures, dorso-lombalgies et paresthésies des extrémités ayant précédé les signes moteurs1
- Atteinte de la sensibilité profonde au premier plan1
- Respect de la sensibilité thermo-algique1
- Déficit moteur bilatéral, symétrique, proximal et distal ayant débuté aux membres inférieurs (oubli =0)1
- Extension ascendante du déficit moteur sur quelques jours aux membres supérieurs et à la face (diplégie faciale)1
- Absence d'amyotrophie0,5
- Hyporéflexie globale1
- Absence de signes d'atteinte centrale (RCP en flexion, pas de troubles sphinctériens)1
- Signes végétatifs : tachycardie sinusale à 100/mn0,5

2. Quels troubles végétatifs sont souvent associés ? (5)

- Troubles cardiaques: tachycardie sinusale, bradycardie, troubles du rythme1
- Modification de la TA: hypertension permanente ou paroxystique, hypotension orthostatique1
- *Troubles de la sudation1
- Anomalies pupillaires1
- Rétention urinaire rare (ne dure que quelques jours)1

3. Quel bilan complémentaire demandez-vous ? (10)

- NFS, plaquettes, VS, TP, TCA, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique, électrophorèse des protéines1
- Sérologie de Lyme1
- Sérologie VIH1
- Radiographie du thorax (oubli =0) +/- épreuves fonctionnelles respiratoires1
- Gaz du sang1
- ECG (oubli = 0)1
- Analyse biochimique, cytologique et bactériologique du LCR par ponction lombaire2
- EMG des 4 membres2

4L Dans ce bilan, 2 examens sont particulièrement contributifs. Lesquels et qu'en attendez-vous ? (20)

- L'analyse du LCR et l'EMG5
- Analyse du LCR
 - dissociation albumino-cytologique (oubli = 0).....2
 - protéinorachie supérieure à 0,5 g/L (peut atteindre plusieurs grammes par litre)1
 - lymphocytose inférieure à 10 lymphocytes par mm³1
- Remarque : la protéinorachie est retardée de 3 à 10 jours par rapport aux signes cliniques et donc une protéinorachie normale la première semaine n'élimine pas le diagnostic1
- EMG:
 - Démyélinisation segmentaire sans signes d'atteinte axonale2
 - diminution des vitesses de conduction motrice2
 - allongement des latences distales1
 - blocs de conduction le plus souvent en proximal2
 - allongement de la latence des réponses F et H1
 - EMG de détection en général normal à l'effort1
 - absence de potentiel de fibrillation ou de potentiels lents de dénervation au repos1

5. Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ? (20)

- Syndrome médullaire quelle qu'en soit l'étiologie1
- Syndrome de la queue de cheval1
- Poliomyélite antérieure aiguë1
- Autres causes de polyneuropathies aiguës à prédominance motrice:1
- porphyrie aiguë intermittente1
- vascularites nécrosantes1
- intoxication aiguë (ex: Thallium)0,5
- diphthérie0,5
- Polyradiculonévrites aiguës symptomatiques:1
- VIH (phase de séroconversion)1
- MN[.....1
- CMV1
- zona1
- hépatite virale1
- mycoplasme1
- maladie de Lyme1
- infection à campylobacter jejunii1
- maladie de Hodgkin et lymphomes non Hodgkiniens1
- lupus érythémateux disséminé1
- sarcoïdose1
- Polyradiculonévrites chroniques (au cours d'une aggravation ou d'une poussée)1

6. En l'absence d'aggravation, quelle est votre prise en charge thérapeutique immédiate ? (20)

- Hospitalisation à proximité d'une unité de réanimation (oubli =0)2
- Surveillance :1
- fonction ventilatoire (force de la toux 3x/jour, contrôle volontaire de la respiration, ampliation thoracique, fréquence respiratoire, recherche d'un encombrement bronchique. Si possible, capacité vitale 1 x/jour)2
- déglutition avant chaque repas2
- testing musculaire 2 x/jour.....1
- pouls, TA 1x/4heures2
- ECG quotidien1
- température à prendre 2 x/jour.....1
- diurèse des 24 heures1
- Nursing :1
- soins oculaires car paralysie faciale (pansement occlusif, collyre...)2
- prévention des escarres si décubitus permanent1
- kinésithérapie passive des membres et respiratoire.....1
- régime 2 600 kcal/jour, hyperprotidique enrichi en vitamines (B1 136)1
- traitement anticoagulant à dose isocoagulante si le patient peut marcher, hypocoagulante si décubitus permanent1

7. Sur quels critères transférerez-vous votre patient en réanimation ? (5)

- Troubles de la déglutition1
- Troubles respiratoires (encombrement bronchique, dyspnée, toux improductive)2
- Troubles tensionnels1
- Anomalies du rythme cardiaque1

DOSSIER N°31 : Un nouveau traitement pour monsieur Duparc

Monsieur DUPARC, 65 ans que vous suivez pour une maladie de parkinson depuis 5 ans vient à votre cabinet, comme tous les trois mois pour son suivi clinique et thérapeutique. Sa maladie s'est initialement manifestée par un tremblement de repos discret du membre supérieur droit et un ralentissement global qui a bien répondu aux agonistes dopaminergiques seuls. Actuellement, il prend 3 PARLODEL®10 mg par jour à 8h, 12h et 18h.

Cliniquement, vous le trouvez beaucoup moins bien que lors de la dernière consultation. Il présente une amimie franche, la marche se fait à petits pas, avec une diminution du ballant du bras droit et une hypercyphose modérée. La rigidité et l'akinésie sont surtout notables à droite, quasi inexistantes à gauche. Seul le membre supérieur droit tremble au repos. Sur le plan fonctionnel, il se plaint d'avoir moins d'entrain. Il persiste l'hypersialorrhée et l'hyperséborrhée déjà constatées antérieurement.

1. Expliquer, en rappelant la physiopathologie de la maladie de parkinson, le mode d'action du PARLODEL® et l'intérêt de son utilisation au début de la maladie.
2. Quels sont les principaux effets secondaires du PARLODEL® ?
3. Vous décidez, devant l'aggravation de la maladie, d'instaurer un nouveau traitement. Précisez lequel. Vous donnerez les principes d'initiation du traitement.
4. Quelles sont les contre-indications de ce traitement ?
5. Quel bilan pré-thérapeutique réalisez-vous ?
6. Pensez-vous maintenir le PARLODEL® ? Justifiez votre réponse.

DOSSIER N°31

1. Expliquer, en rappelant la physiopathologie de la maladie de Parkinson, le mode d'action du PARLODEL® et l'intérêt de son utilisation au début de la maladie. (10)

- NORMALEMENT

- le striatum inhibe le pallidum en stimulant (grâce à l'acétylcholine) des neurones gabaergiques (GABA-)1
- cette inhibition est freinée par le locus niger grâce aux neurones dopaminergiques de la voie nigro-striatale1

- DANS LA MALADIE DE PARKINSON

- la voie nigro-striatale est détruite, induisant une baisse de la dopamine1
- levée secondaire de l'inhibition sur la striatum d'où une hyperactivité striatale cholinergique1
- le pallidum est alors fortement inhibé (GABA-), d'où l'akinésie1

- Le PARLODEL®est:

- un agoniste dopaminergique1
- dérivé de l'ergot de seigle0,5
- qui compense la carence en dopamine0,5
- en stimulant directement les récepteurs dopaminergiques1

- La L-Dopa est le traitement le plus efficace dans la maladie de Parkinson mais sa durée d'action est limitée dans le temps (« lune de miel »)1

- L'utilisation d'agonistes dopaminergiques seuls ou en association avec la L-DOPA®à faibles doses au début de la maladie permet de retarder d'autant l'apparition des mouvements anormaux et des fluctuations de performance journalière observés après un certain délai sous dopathérapie1

2 Quels sont les principaux effets secondaires du PARLODEL ? (15)

- *Troubles psychiques dose-dépendant (euphorie, somnolence, excitation, insomnies, confusion mentale, hallucinations visuelles)5
- Troubles digestifs généralement transitoires (anorexie, nausées, vomissements)5
- Hypotension orthostatique5
- Rarement: dyskinésie, baisse de la vigilance, bouche sèche, constipation, syndrome de Raynaud, vertige, dermite ocreNC

3. Vous décidez, devant l'aggravation de la maladie, d'instaurer un nouveau traitement. Précisez lequel. Vous donnerez les principes d'initiation du traitement. (15)

- L-Dopa (MODOPAR®ou SINEMET®)5

- Le traitement doit être institué

- par paliers (ex.: augmentation de 62,5 mg de MODOPAR® par semaine)1
- de façon très progressive1
- jusqu'à posologie minimale efficace (commencer à 62,5 mg x 2/jour jusqu'à 125 mg x 3/jour)1
- en prise fractionnée1
- en dehors des repas si possible (sauf intolérance digestive)1
- en tenant compte de l'activité habituelle du patient, des contre-indications, et des interactions médicamenteuses1
- hospitalisation préférable chez le sujet âgé, ou en cas de troubles psychiques associés1
- pas d'interruption brutale du traitement en raison du rebond de l'akinésie1
- associer systématiquement du MOTILIUM®(1 à 2 x 3/jour pris seuls durant 48 heures puis 1 cp 30 mn avant chaque prise de L-Dopa sans dépasser 6/jour)1
- informer le patient des principaux effets secondaires1

4. Quelles sont les contre-indications de ce traitement ? (30)

• Ulcère gastro-duodéal évolutif	3
• Infarctus récent	3
• Insuffisance cardiaque décompensée	2
- Troubles du rythme	2
• Confusion mentale	2
• Démence.....	2
- Psychose	2
• Mélanome malin	2
• Glaucome à angle fermé	2
• Grossesse au premier trimestre	2
- Traitement par MAO non sélectifs	2
- Traitement par vitamine B6	2
* Traitement par neuroleptique	2
• Traitement par ALDOMET®	2

5. Quel bilan prc-thérapeutique réalisez-vous ? (15)

• ECG systématique (oubli = 0)	3
• Prise de la TA debout/couché	2
• Auscultation cardiaque	2
• Si antécédent d'ulcère, fibroscopie gastrique	2
• Examen cutané	1
• Examen ophtalmologique	1
• Radiographie pulmonaire	2
• NFS-Plaquettes	2

6. Pensez-vous maintenir le PARLODEL® ? Justifiez votre réponse. (15)

• OUI	5
- Limite les mouvements anormaux et les fluctuations de performance journalière observés après un certain délai de dopathérapie en permettant de réduire la quantité de L-Dopa nécessaire	5
• Assure une stimulation dopaminergique plus stable en raison de sa demi-vie plus longue	5

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 femme jeune se plaint de troubles de l'équilibre

Mademoiselle N., 30 ans, sans antécédent particulier, secrétaire de direction, vous consulte pour une instabilité à la marche, sans chute, évoluant progressivement depuis une dizaine de jours.

Elle n'a rien noté d'autre de particulier si ce n'est qu'elle entend moins bien de l'oreille gauche depuis quelques mois.

Elle est en bon état général (55 kg pour 1,65 m), apyrétique, la TA est à 140/80 mmHg, la FC à 80/mn.

Il n'existe ni céphalées, ni nausées, ni vomissements. L'examen neurologique retrouve un syndrome vestibulaire gauche périphérique associé à une surdité homolatérale.

1. Quelles sont les manifestations cliniques classiques d'un syndrome vestibulaire périphérique ?
2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?
3. Que pensez-vous retrouver à l'examen vestibulaire ?
4. Quel type de surdité retrouve l'audiogramme ? Vous préciserez les caractéristiques du Rinne, du Weber et du recrutement.
5. Quels sont les deux examens discriminatifs que vous demandez ?
6. Interprétez l'iconographie.
7. Quelle pathologie plus générale devez-vous éliminer ? Quels signes cliniques recherchez-vous ?



DOSSIER N°33

1. Quelles sont les manifestations cliniques classiques d'un syndrome vestibulaire périphérique ? (20)

- Syndrome vestibulaire complet et harmonieux (oubli = 0)2
- Vertige rotatoire franc souvent associé à des signes végétatifs (nausées...)2
- Déviation des index2
- Marche en étoile2
- Épreuve de Romberg positive avec latéralisation de la chute du côté lésé (destructif), opposé à la lésion (irritatif)2
- Nystagmus :2
 - horizonto-rotatoire1
 - ne changeant pas de sens quelle que soit la position du regard (unidirectionnel)1
 - diminué ou aboli par la fixation oculaire1
 - battant du côté opposé à la lésion (destructif), du côté de la lésion (irritatif).....1
- Signes cochléaires fréquemment associés2
- absence de signes d'atteinte centrale associés2

2 Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ? (20)

- Neurinome de l'acoustique unilatéral gauche10
- La plus fréquente des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (95 %)1
- Adulte jeune (début généralement après 30 ans)1
- Évolution lente sur plusieurs mois2
- Hypoacousie progressive ayant précédé le syndrome vestibulaire2
- Syndrome vestibulaire périphérique unilatéral2
- Sensation d'instabilité plus que grand vertige (évolution progressive, compensation centrale)1
- * Absence de signes associés1

3. Que pensez-vous retrouver à l'examen vestibulaire? (10)

- Une hyporéflexie voire une aréflexie vestibulaire gauche10

4. Quel type de surdité retrouve l'audiogramme ? Vous préciserez les caractéristiques du Rinne, du Weber et du recrutement. (15)

- Surdité de perception gauche, rétrocochléaire5
- Rinne positif4
- Weber latéralisé à droite3
- Absence de recrutement à gauche3

5. Quels sont les deux examens discriminatifs que vous demandez ? (10)

- IRM cérébrale sans et avec injection de gadolinium5
- Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral5

6. Interprétez l'iconographie. (10)

- IRM cérébrale en T1 avec injection de gadolinium (1) (coupe coronale et coupe axiale) (1).....2
- Petite tumeur arrondie de l'angle ponto-cérébelleux 2
- Bien limitée, sans hyposignal périphérique 2
- En hypersignal après injection de gadolinium2
- Intracanaulaire sans retentissement sur les structures adjacentes2

7. Quelle pathologie plus générale devez-vous éliminer? Quels signes cliniques recherchez-vous ? (15)

Neurofibromatose de Type I ou maladie de Recklinghausen	5
• Antécédents familiaux (oubli =0, l'interrogatoire fait partie de l'examen clinique !)	2
• Signes cutanés	
-tâches café au lait (significatif quand ? 6)	0,5
- neurofibromes cutanés	0,5
-névromes plexiformes.....	0,5
-lipomes multiples	0,5
• Signes d'atteinte osseuse : ostéite fibrokystique (surtout radiologique)	NC
• Signes d'atteinte neurologique	
- nerf périphérique : neurofibromes des nerfs	0,5
paresthésies	0,5
parésies tronculaires	0,5
tumeurs palpables...	0,5
- neurofibromes des racines rachidiennes:	0,5
syndrome de compression médullaire et/ou radiculaire	0,5
- atteinte centrale	
méningiomes multiples	0,5
gliome du nerf optique	0,5
tumeurs gliales diverses.....	0,5
•Tumeurs de l'iris (nodules de Lisch)	0,5
• Phéochromocytome	0,5
• Rhabdomyosarcome	0,5

DOSSIER N°34: **Syndrome méningé et altération de l'état général**

Madame SITOGENE, 65 ans, est amenée par son fils aux urgences pour des troubles du comportement évoluant depuis plusieurs jours. L'interrogatoire est difficile chez cette patiente obnubilée qui ne cesse de répéter qu'elle a mal à la tête. Son fils vous confirme qu'elle est éthylique chronique et diabétique non insulino-dépendante traitée par DIAMICRON®. Il n'a pas pu mettre la main sur son carnet de vaccinations. Elle vit dans un studio mal entretenu et humide, mange peu et a beaucoup maigri (entre 5 et 10 kg depuis trois mois). Son compagnon est actuellement hospitalisé en pneumologie pour un problème infectieux sévère.

Cliniquement, on retrouve une altération franche de l'état général (45 kg pour 1,65 m), la T° est à 38,5°C., la TA est labile (systolique passant de 100 mmHg à 170 mmHg), de même que la FC (de 90/mn à 150/mn), il existe un syndrome méningé et un syndrome confusionnel modérés. L'auscultation pulmonaire met en évidence une toux grasse avec des ronchis diffus. De multiples adénopathies siègent en cervical et en axillaire.

1. Détaillez la sémiologie du syndrome méningé chez l'adulte.
2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?
3. Quel examen clinique demandez-vous en urgence ? Justifiez votre réponse.
4. Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?
5. Les résultats de la ponction lombaire sont ceux d'une méningite bactérienne à liquide clair. Citez les étiologies de ce type de méningite.
6. La natrémie est à 132 mmol/L alors que la natriurèse est conservée et la glycémie normale. Que vous évoque cette constatation ?
7. Malgré un traitement bien conduit, quelles complications pouvez-vous observer ?

DOSSIER N°34

1. Détaillez la sémiologie du syndrome méningé chez l'adulte. (15)

- Céphalées:2
- intenses1
- diffuses ou à prédominance frontale1
- aggravées par les changements de position, les efforts et la lumière (photophobie)1
- accompagnées de
 - . signes digestifs (nausées, vomissements en jet et sans efforts, constipation ou diarrhée)1
 - . rachialgies1
 - . hyperesthésie cutanée1
- Raideur méningée:2
- patient couché en chien de fusil1
- raideur de nuque (résistance douloureuse, invincible à la flexion passive de la nuque)1
- signe de Kernig1
- signe de Brudzinski1
- On recherchera systématiquement des signes de gravité associés (hémodynamiques et neurologiques)1

2 Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ? (15)

- Méningite basilaire subaiguë tuberculeuse5
- Terrain à risque: patiente âgée, diabétique, éthylique chronique, logement insalubre1
- *Absence de vaccination probable1
- Contage suspecté (compagnon atteint d'une infection pneumologique sévère)1
- Mode de début et évolution subaigus1
- Contexte d'anorexie, d'amaigrissement et d'altération de l'état général1
- Tableau de méningite basilaire:1
- syndrome méningé fébrile1
- troubles du comportement, confusion0,5
- troubles neurovégétatifs (irrégularité du pouls et de la TA fréquente lors de l'atteinte des méninges de la base)0,5
- Atteinte respiratoire associée1
- Présence d'adénopathies cervicales et axillaires1

3. Quel examen clinique demandez-vous en urgence ? Justifiez votre réponse. (10)

- Fond d'oeil (on vous demande un examen CLINIQUE ! le scanner est un examen paraclinique)5
- Risque important d'engagement cérébral (d'autant qu'il existe des troubles de la vigilance et/ou des signes de localisation)2
- Recherche d'un œdème papillaire (oubli =0).....2
- Intérêt diagnostique si mise en évidence de nodules de Bouchut1

4. Quels autres examens complémentaires demandez-vous ? (30)

- Biologie standard
 - NFS, plaquettes, TP, TCA, gaz du sang1
 - Ionogramme sanguin, urée, uricémie (intérêt en préthérapeutique) créatininémie, glycémie1
 - VS, CRP, électrophorèse des protéines sériques1
- Hémocultures (3 minimum)2
- Sérologie VIH, Hépatite B et C2
- Scanner cérébral ou IRM cérébrale sans et avec injection de produit de contraste (après avoir vérifié la créatininémie ! Elle est diabétique !) (oubli =0).....3

-Analyse du LCR par ponction lombaire avec examen macroscopique, analyse biochimique, cytologique, bactériologique (examen direct, coloration gram, mise en culture et antibiogramme systématique), dosage de l'acide lactique (2) et recherche du BK (2)	4
- examen direct (coloration Ziehl)	1
-cultures sur milieu Lowenstein durant 3 semaines	1
- PCR BK	1
• IDR à la tuberculine	2
• Recherche d'une autre localisation tuberculeuse : (oubli = 0)	3
-pulmonaire: radio du thorax (1), recherche du BK dans les expectorations ou par tubage gastrique(x3) (2) ...	3
- ophtalmique: tubercules de Bouchut au fond d'œil	1
- péricardique: ECG, échographie cardiaque	1
- urogénitale : recherche de BK dans les urines (x3)	1
- hépatique: bilan hépatique, échographie hépatique	1
- ganglionnaire: exérèse chirurgicale d'un ganglion pathologique (analyses anapath et bactério)	1

5. Les résultats de la PL sont ceux d'une méningite bactérienne à liquide clair. Citez les étiologies de ce type de méningite. (15)

• Méningite listérienne (oubli =0).....	3
• Méningite tuberculeuse	2
• Méningite bactérienne décapitée	2
• Méningite bactérienne au tout début	2
• Purpura fulminans	2
• Spirochètes: Lyme, leptospirose, lèpre	2
- Autres bactéries: brucellose, mycoplasme, rickettsiose... ..r.....	2

6. La natrémie est à 132 nvnoUL alors que la natriurèse est conservée et la glycémie est normale. Que vous évoque cette constatation ? (5)

• Hyponatémie de dilution par SIADH	5
---	---

7. Malgré un traitement bien conduit, quelles complications pouvez-vous observer ? (10)

• Décès dans 25 % des cas	1
* Atteinte des structures du tronc cérébral (en particulier nerfs oculomoteurs) :	1
- troubles cardiorespiratoires (oubli = 0)	1
- baisse de l'acuité visuelle voire cécité par arachnoïdite opto-chiasmatique	1
• Hydrocéphalie obstructive (blocage du quatrième ventricule ou de l'aqueduc de Sylvius)	1
• Hydrocéphalie à pression normale (tardive)	1
• Arachnoïdite médullaire avec compression médullaire lente (tardif)	1
• Diabète insipide, panhypopituitarisme, obésité	1
• Complications iatrogènes du traitement anti-tuberculeux	2

DOSSIER N°35: Votre mission: détruire le Bacille De Koch

Madame ETAMPIRENE, 65 ans, vous est transférée de réanimation où elle a été hospitalisée 15 jours pour une méningite tuberculeuse évoluant depuis deux mois.

À son arrivée, l'état hémodynamique est stable, elle est apyrétique, l'état général est conservé et elle pèse 50 kg pour 1,65 m. Elle est traitée et les derniers examens biologiques sont rassurants.

1. Les résultats de la première ponction lombaire ont été perdus. Que pensez-vous qu'ils mettaient en évidence ?
2. Quel est selon vous le traitement d'entrée de cette patiente ? Durant combien de temps allez-vous le maintenir ?
3. Quelles surveillances clinique et paraclinique du traitement effectuez-vous ?
4. Quels sont les principaux effets secondaires de l'isoniazide et de la rifampicine ?
5. Malgré un traitement bien conduit, quelles séquelles neurologiques menacent cette patiente ?
6. Alors qu'il n'avait pu être contacté jusqu'alors, son fils vous téléphone pour prendre des nouvelles de sa mère. Quelle est votre attitude vis à vis de l'entourage de la patiente ?

DOSSIER N°35

1. Les résultats de la première ponction lombaire ont été perdus. Que pensez-vous qu'ils mettaient en évidence ? (10)

- Liquide hypertendu, généralement clair, parfois trouble1
- Pléiocytose constituée de lymphocytes ou formule panachée1
- Hyperprotéinorachie souvent > à 1 g/L.1
- Hypoglycorachie (oubli = 0)1
- Hypochlorurorachie1
- Élévation du taux d'acide lactique1
- Possible mise en évidence du BK :1
 - à l'examen direct (coloration Ziehl)1
 - en culture sur milieu Lowenstein1
 - par PCR1

2 Quel est, selon vous, le traitement étiologique d'entrée de cette patiente? Durant combien de temps allez-vous le maintenir ? (15)

- Isoniazide (INH), rifampicine (RMP), éthambutol (EMB) durant 3 mois5
- Puis Isoniazide, Rifampicine durant 9 mois5
- Ou isoniazide, rifampicine, éthambutol, pyrazinamide (PZA) durant 2 mois
- Puis Isoniazide, Rifampicine durant 10 mois.
- La durée totale du traitement est de 12 moisc.....5

3. Quelles surveillances clinique et paraclinique du traitement effectuez-vous ? (20)

- La surveillance doit être stricte (1x/mois) :2
 - continuité du traitement2
 - adaptation des doses aux modifications de poids.....2
 - tolérance digestive3
 - tolérance neurologique (ROT à chaque consultation : neuropathie iatrogène avec l'INH)3
- Examen ophtalmologique (champ visuel, vision des couleurs) tous les 2 mois (durant le traitement par EMB)3
- Dosage des transaminases 1 x/semaine au début du traitement puis 1 x/mois (RNP/INH)3
- Surveillance de la fonction rénale (EMB, SM)(1) et de l'uricémie (PZA)1
- Surveillance otologique tous les deux mois (si traitement par streptomycine)1

4. Quels sont les principaux effets secondaires de l'ISONIAZIDE et de la RIFAMPICINE ? (20)

- INH
 - intolérance digestive1
 - neuropathie distale (oubli = 0)1
 - agitation, délire1
 - toxicité hépatique (oubli = 0)2
 - acné1
 - gynécomastie1
 - syndrome épaule-main1
 - anticorps anti-nucléaire + dans 20 %1
 - interactions médicamenteuses:1
 - éviter les anti-acides à base d'aluminium1
 - augmentation de la toxicité hépatique avec la RMP1
 - augmentation de la toxicité avec le probénécide1
 - éviter le couple INH-RMP en cas d'anesthésie générale1

RIVIP

-colore les urines en rouge	1
-accidents immuno-allergiques (prise discontinuée: thrombopénie, anémie hémolytique...)	1
-augmente le métabolisme du cortisol	1
-interactions médicamenteuses:	1
diminue l'effet anti-coagulant des AVK (oubli = 0).....	1
diminue l'effet des gestrogènes (oubli = 0)	1

5. Malgré un traitement bien conduit, quelles séquelles neurologiques menacent cette patiente ?
(25)

• Hémiplégie	3
• Paralysie oculomotrice	3
• Atrophie optique	3
• Surdité	3
• �pilepsie	3
Déficit intellectuel	3
• Hydrocéphalie à pression normale	3
• Séquelles d'origine iatrogène (neuropathie périphérique....)	4

6. Alors qu'il n'avait pu être contact  jusqu'alors, son fils vous téléphone pour prendre des nouvelles de sa mère. Quelle est votre attitude vis   vis de l'entourage de la patiente ? (10)

• Pour tout sujet au contact de la patiente	
-consultation avec examen clinique complet	4
- radiographie du thorax	3
- IDR à la tuberculine	3

DOSSIER N°36 ; Une douleur à dormir debout

Monsieur R., 42 ans, instituteur, consulte pour une douleur lombofessière gauche qui irradie à la face postérieure de la cuisse et de la jambe. Cette douleur évolue depuis plusieurs semaines et il supporte de plus en plus mal la position allongée. Il fait les cents pas la nuit pour se soulager. Rien n'y fait... Ni les antalgiques ni les trois infiltrations dont il a bénéficié le mois dernier. Il s'inquiète, par ailleurs d'une impuissance récente avec disparition des érections matinales. Il vous signale qu'il a fait, à plusieurs reprises ces dernières semaines, des « malaises », brefs, sans perte de connaissance, où, brusquement, son cœur s'emballa, il a mal à la tête et se couvre de sueurs. Son médecin traitant a retrouvé à deux reprises une tension artérielle à 190/100 mmHg alors qu'il est habituellement normotendu.

Cliniquement, vous retrouvez un signe de Lasègue à 60° à gauche, une abolition bilatérale des réflexes achilléens, une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche et périnéale. Les RCP sont en flexion. Vous constatez l'existence de multiples lipomes. Le reste de l'examen est sans particularité.

1. Quel diagnostic neurologique envisagez-vous ? Sur quels arguments ?
2. Quels autres signes pourraient apparaître en l'absence de prise en charge thérapeutique ?
3. Quelles sont les principales étiologies de ce syndrome ?
4. Quelle est ici l'étiologie la plus probable ? Sur quels arguments ?
5. Quels examens d'imagerie demandez-vous pour le confirmer ? Qu'en attendez-vous ?
6. Quelle maladie suspectez-vous chez ce patient ? Sur quels arguments ?

DOSSIER N°36

1. Quel diagnostic neurologique envisagez-vous ? Sur quels arguments ? (20)
- Sciatique S1 gauche dans un contexte de syndrome de la queue de cheval (pas de diagnostic = 0 au dossier)10
 - Radiculalgie de topographie S1 gauche (1) avec signe de Lasègue (1)2
 - Troubles sphinctériens:1
 - impuissance0,5
 - disparition des érections matinales0,5
 - Hypoesthésie périnéale2
 - Hypoesthésie globale du membre inférieur gauche1
 - Abolition bilatérale des réflexes achilléens1
 - Absence de signes d'atteinte centrale (RCP en flexion) (oubli =0).....2
- 2 Quels autres signes pourraient apparaître en l'absence de prise en charge thérapeutique ? (15)
- Douleurs pluriradiculaires, de la région anale et/ou périnéale, paresthésies2
 - Bilatéralisation de l'hypoesthésie2
 - Perte de la sensation du passage des urines et des matières2
 - Déficit moteur d'un ou des deux membres inférieurs (oubli =0)3
 - Incontinence ou rétention urinaire, mictions par regorgement2
 - Incontinence ou rétention fécale2
 - Troubles trophiques (escarres d'apparition rapide en cas de déficit moteur majeur)2
 - Abolition des réflexes rotuliens, cutanés plantairesNC
3. Quelles sont les principales étiologies de ce syndrome ? (10)
- Causes extradurales
 - hernie discale lombaire1
 - canal lombaire étroit congénital et/ou rétréci1
 - métastase vertébrale et épidurale1
 - tumeurs osseuses primitives1
 - spondylodiscite et épidurite infectieuse1
 - chordome vertébral1
 - hématome épidural1
 - Causes intradurales
 - neurinome de la queue de cheval1
 - épendymome de la queue de cheval1
 - fistule artério-veineuse1
4. Quelle est ici l'étiologie la plus probable ? Sur quels arguments ? (20)
- Neurinome de la queue de cheval (probablement développé aux dépens de la racine S1 gauche)10
 - Cause intradurale la plus fréquente1
 - Homme1
 - Début aux environs de la quarantaine1
 - Évolution lente sur plusieurs semaines1
 - Symptomatologie initialement limitée à une douleur
 - unilatérale, radiculaire1
 - rebelle aux antalgiques1
 - à recrudescence nocturne1
 - soulagée par la marche1
 - ayant précédé le syndrome de la queue de cheval1
 - Signes cliniques évocateurs de maladie de Recklinghausen1

5. Quels examens d'imagerie demandez-vous pour le confirmer ? Qu'en attendez-vous ? (20)

- Radiographies du rachis lombo-sacré de face, profil et 3/4:2
- élargissement du trou de conjugaison en cas de neurinome en sablier1
- IRM du rachis lombaire et de la queue de cheval (le meilleur examen) sans et avec injection de gadolinium: (oubli = 0)2
- visualisation directe d'une tumeur:1
- . bien limitée, de taille variable1
- . isointense en T1, hyperintense en T1 + gado1
- . développée aux dépens d'une racine1
- . retentissant sur les structures adjacents (élargissement du trou de conjugaison, compression des racines de la queue de cheval)1
- recherche d'autres localisations1
- Scanner du rachis lombosacré centré sur l'étage suspecté :2
- tumeur nette, de densité différente du contenu dural, refoulant les racines de la queue de cheval1
- intérêt des coupes axiales pour l'étude du développement extracanalair (neurinome en sablier)1
- Myélographie (plus ou moins couplée au scanner) :2
- arrêt du produit de contraste, plus ou moins complet1
- net et cupuliforme1
- si arrêt complet, image en dôme.1

ATTENTION au risque d'aggravation au décours de la PL

6. Quelle maladie suspectez-vous chez ce patient ? Sur quels arguments ? (15)

- Neurofibromatose de Type I ou maladie de Recklinghausen5
- Présence simultanée:1
- d'un neurofibrome d'une racine rachidienne3
- de lipomes multiples3
- d'un très probable phéochromocytome (sueurs, céphalées, palpitations, HTA paroxystique) (oubli =0)3

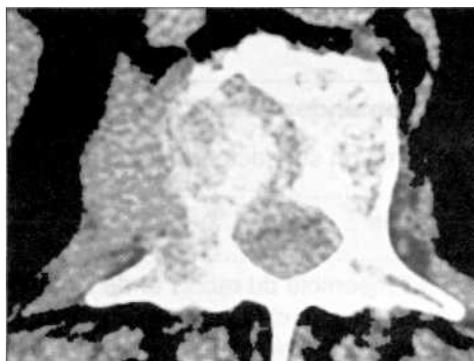
DOSSIER N°37: La femme qui pouvait marcher sur des clous à cloche-pied

Madame M., 52 ans, consulte aux urgences pour une douleur dorsale basse évoluant depuis 1 mois. Cette douleur irradie de façon unilatérale droite en héli-ceinture vers l'ombilic et la réveille la nuit. Elle est fatiguée et reconnaît avoir perdu 4 à 5 kg ces trois derniers mois.

Elle a comme antécédent, un cancer du sein découvert et traité il y a 7 ans par mammectomie gauche et radiothérapie.

Cliniquement, on retrouve, chez cette patiente asthénique, une hypoesthésie au tact du membre inférieur droit remontant jusqu'à la crête iliaque, des réflexes ostéotendineux vifs au membre inférieur droit et un signe de babinski du même côté. À l'examen cutané de la cuisse gauche, vous découvrez une trace de brûlure récente : « Ne vous inquiétez pas docteur, je me suis brûlée avec la, porte de la cuisinière mais je n'ai rien senti ! »

1. Quel est votre diagnostic neurologique ? Sur quels arguments ?
2. Quels autres signes auriez-vous pu retrouver à l'examen clinique ?
3. Votre externe vous propose de lui faire la PL. Que lui répondez-vous ?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
5. Interpréter l'iconographie.
6. Quelle est l'étiologie la plus probable ? Sur quels arguments ?
7. Quel traitement proposez-vous ?



DOSSIER N°37

1. Quel est votre diagnostic neurologique? Sur quels arguments ? (20)

- Radiculalgie DI 0 (2) et syndrome de Brown-Sequard (2) secondaire à une compression médullaire lente (2) latérale droite (2)8
- Syndrome rachidien:1
 - douleur dorsale basse d'horaire inflammatoire1
- Syndrome lésionnel:1
 - douleur radiculaire unilatérale droite en héli-ceinture dans le territoire de DI 0 (ombilic)1
- Syndrome sous-lésionnel:1
 - syndrome de Brown-Sequard : (oubli =0).....2
 - syndrome pyramidal du côté de la lésion1
 - troubles des capacités tactiles discriminatives du côté de la lésion1
 - troubles de la sensibilité thermique et douloureuse du côté opposé à la lésion1
- Absence de signes neurologiques au dessus du syndrome lésionnel (oubli = 0)2

2 Quels autres signes auriez-vous pu retrouver à l'examen clinique ? (15)

- Syndrome rachidien
 - raideur segmentaire et/ou déformation du rachis2
 - douleur spontanée ou provoquée par la percussion d'une épineuse ou des muscles paravertébraux ...2
- Syndrome lésionnel
 - hypoesthésie ou anesthésie en bande dans le territoire de la douleur2
 - signes de paralysie radiculaire (de type périphérique)2
 - préciser le caractère fixe, intense, rebelle aux antalgiques1
- Syndrome sous-lésionnel
 - claudication médullaire intermittente du membre inférieur droit (indolore)2
 - déficit moteur du membre inférieur droit2
 - troubles proprioceptifs du côté de la lésion2

3. Votre externe vous propose de lui faire la PL. Que lui répondez-vous ? (10)

- PROSCRITE en cas de compression médullaire manifeste (oubli = 0 au dossier)5
- Risque majeur d'aggravation de la compression médullaire4
- Intérêt diagnostique mineur1

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

- Radiographies du rachis centrées sur la région suspecte de face, profil et 3/42
- IRM médullaire (le meilleur examen !)2
 - en dehors des contre-indications absolues1
 - sans et avec injection de gadolinium1
 - avec des coupes sagittales intéressant l'ensemble du rachis et de la moelle1
 - et des coupes transversales sur les étages suspects1
- A défaut d'IRM, myélographie aux hydrosolubles par voie haute + scanner centré sur le niveau suspect2
- Ou scanner seul, sans et avec injection de produit de contraste, en l'absence de contre-indication... ..2
- Scintigraphie osseuse (surtout intéressant dans la recherche d'autres foyers de fixation)2
- Examens simples à visée étiologique
 - NFS, plaquettes, VS, CRP (recherche d'un syndrome inflammatoire), hémostase 1
 - EPP (dysglobulinémie)1
 - ionogramme, bilan phosphocalcique (lyse osseuse d'origine tumorale), urée, créatininémie, glycémie ..1
 - bilan hépatique, marqueurs tumoraux1
 - radiographie du thorax1
 - bilan infectieux si suspicion de spondylodiscite...1

Remarque : possibilité de recueil et d'analyse du LCR au décours de la myélographie. Attention : la myélographie doit se faire sous haute surveillance (cf question 3).

5. Interprétez l'iconographie. (5)

- Coupe transversale d'un scanner rachidien1
- Lésion vertébrale ostéolytique de la partie droite du corps vertébral1
- Extension aux parties molles1
- Extension intracanalair avec compression ± envahissement médullaire2

6. Quelle est l'étiologie la plus probable ? Sur quels arguments ? (15)

- * Compression médullaire extradurale (2) par une métastase osseuse (2) de cancer du sein (1)5
 - Antécédent de cancer du sein2
 - Localisation dorsale2
 - Début de la symptomatologie par des douleurs intenses, d'horair inflammatoire1
 - Évolution rapide de la compression médullaire2
 - Contexte d'altération de l'état général2
 - Aspect de lésion maligne ostéolytique au scanner1

7. Quel traitement proposez-vous? (15)

- * Hospitalisation, repos au lit, immobilisation du rachis par un corset3
- Radiothérapie en urgence (oubli =0)4
 - Associée à une corticothérapie à forte dose4
 - Antalgiques2
 - Traitement du cancer primitif (hormonal pour le cancer du sein)2

Remarque : une exérèse chirurgicale de la métastase peut être envisagée dans certaines circonstances bien précises (métastase unique...).

DOSSIER N°38: « Rien ne va plus »

Madame M. Denise, 50 ans est amenée aux urgences par son mari qui s'inquiète de voir sa femme aussi triste. « Elle, si active et avide de lecture, ne fait plus rien... Elle passe ses journées à regarder l'horloge du magnétoscope sans bouger. Elle ne mange plus rien et maigrit à vue d'œil. Elle dort souvent dans la journée mais, par contre, je l'entends se tourner et se retourner dans le lit jusqu'à 23 heures et à 3 heures du matin, elle est déjà debout. Plus rien ne lui fait plaisir. Je ne sais vraiment plus quoi faire. »

Madame M. est prostrée, parle à voix basse d'un ton monocorde sans émotions sur son visage.

« Je ne sais pas pourquoi il m'a amené ici... De toute façon, je suis foutue... Tout est foutu... La médecine ne peut plus rien pour moi ni pour personne... Je vais mourir. Tous mes organes me lâchent les uns après les autres, je n'ai déjà plus de gorge ni de côlon... Et d'ailleurs, c'est bien fait pour moi..Qui pourrait s'intéresser à une femme qui n'a plus d'intelligence... Je n'ai plus de parents, plus d'amis. Le mieux que j'ai à faire est de disparaître. »

L'examen clinique est sans particularité et les premiers examens biologiques sont normaux.

Elle n'a aucun antécédent médical ni psychiatrique particulier. Son père souffrait d'une PMD et s'est suicidé à 45 ans, et sa soeur cadette a présenté récemment un épisode qualifié de maniaque.

1. Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
2. De quelle forme étiologique s'agit-il ? Sur quels arguments ?
3. Quels sont les éléments qui vont contre un délire chronique non dissociatif ?
4. Le risque suicidaire vous semble-t-il élevé ? Sur quels arguments ? Quels sont les autres critères de haut risque suicidaire ?
5. Vous décidez d'hospitaliser la patiente et de tenter un traitement par voie veineuse. Quelles en sont les contre-indications ? Prescrivez le traitement pour la première semaine.
6. La sismothérapie vous semble-t-elle indiquée ? Donnez-en les indications et les contre-indications.

DOSSIER N°38

1. Quel est votre diagnostic? Sur quels arguments ? (35)

• Mélancolie délirante	5
• Syndrome dépressif :	2
- Humeur dépressive:	1
- vision pessimiste du monde et de soi:	0,5
. anhédonie	0,5
. autodévalorisation	0,5
. tristesse pathologique	0,5
. douleur morale	0,5
- émoussement affectif:	0,5
. perte de plaisir et d'intérêt	0,5
. anesthésie affective	0,5
. conscience douloureuse du trouble	0,5
- instabilité des affects :	0,5
. hostile vis à vis de son mari, de l'entourage	0,5
-± idéation suicidaire	0,5
- Ralentissement :	1
- intellectuel:	0,5
. lenteur d'idéation, monodéisme	0,5
. ralentissement du débit verbal	0,5
. impression d'écoulement lent du temps (regarde l'horloge)	0,5
- moteur:	0,5
. patiente prostrée	0,5
. voix monocorde, faible	0,5
. asthénie vitale	0,5
- Symptômes organiques :	1
-troubles du sommeil:	0,5
. insomnie d'endormissement, réveils nocturnes	0,5
. insomnie matinale	0,5
. somnolence diurne	0,5
- troubles de l'alimentation	
. anorexie et amaigrissement.....	0,5
• Mélancolie:	2
- intensité de l'humeur dépressive, culpabilité, autodévalorisation	0,5
- anhédonie, anesthésie affective	0,5
- hypersensibilité émotionnelle douloureuse	0,5
- importance du ralentissement psychomoteur	0,5
- importance de l'anorexie et de l'amaigrissement	0,5
- réveil matinal précoce où culmine souvent la douleur morale	0,5
• Syndrome délirant :	2
- mécanismes surtout intuitif, imaginatif, interprétatif mais peu hallucinatoire	0,5
- thématique	
. pénible, congruente à l'humeur	0,5
. mélancolique	0,5
. syndrome de Cotard (négation d'organes)	1
. ruine, catastrophe, incurabilité	0,5
. de persécution vécue comme justifiée aux yeux du patient	0,5
- structure	
. pauvre, monothématique, fixe.. ..	0,5
- participation affective	
. vécu passivement dans une tonalité pénible	0,5
. résignation	0,5
. délire centrifuge	0,5

2 De quelle fouine étiologique s'agit-il ? sur quels arguments ? (15)

- Dépression endogène5
- Absence de facteur déclenchant retrouvé (70 %)1
- Antécédents familiaux de troubles thymiques1
- Tristesse intense, douleur morale1
- Culpabilité1
- Anesthésie affective1
- Incurabilité1
- Ralentissement psychomoteur extrême1
- Réveil matinal précoce1
- Forme délirante1
- Importance des signes somatiques1

3. Quels sont les éléments qui vont contre un délire chronique non dissociatif ? (10)

- Délire monodéique3
- Absence de mécanismes hallucinatoires2
- Thématique de persécution subie passivement2
- Antériorité de la symptomatologie dépressive sur la symptomatologie délirante3

4. Le risque suicidaire vous semble-t-il élevé ? Sur quels arguments ? Quels sont les autres critères de haut risque suicidaire ? (15)

- Oui2
- Antécédents familiaux de suicide2
- Âge supérieur à 40 ans2
- Présence d'idées délirantes mélancoliques3
- Isolement social et affectif1
- Sexe masculin1
- Tentatives de suicide1
- Conduites impulsives1
- Expression précise du désir de mourir1
- Agitation anxieuse1

5. Vous décidez d'hospitaliser la patiente et de tenter un traitement par voie veineuse. Quelles en sont les contre-indications ? Prescrivez le traitement pour la première semaine. (10)

- Contre-indications absolues des antidépresseurs tricycliques
 - glaucome à angle fermé1
 - obstacle prostatique1
 - grossesse au premier trimestre, allaitement1
 - insuffisance cardiaque, arythmie, BAV, infarctus récent (oubli = 0)1
 - association aux IMAO sélectifs et non sélectifs (délai de 15 jours après l'arrêt)1
- ANAFRANIL®amp 25 mg par voie intraveineuse.....1
 - J 1 : 1 amp dans 250 [cc.de](#) G5 % à passer en 2 à 4 h le matin1
 - J2: 2 amp dans 250 [cc.de](#) G5 % à passer en 2 à 4 h le matin1
 - augmenter par paliers de 25 mg. par jour jusqu'à 100 à 200 mg/jour1
- Ne pas oublier la surveillance et le nursing ! (seul avantage de la voie IV par rapport à la voie per os)1

6. La sismothérapie vous semble-t-elle indiquée ? Donnez-en les indications et les contre-indications. (15)

• OUI	2
• Indications	
- d'emblée	
. mélancolie très anxieuse, très suicidaire, ou anorexie totale	1
. mélancolie délirante ou stuporeuse	1
. dépression pseudo-déméntielle	1
. antécédents de résistance aux tricycliques	1
- en deuxième intention	
. contre-indications somatiques aux tricycliques, âge avancé	1
. résistance à une chimiothérapie bien conduite (1 à 2 mois à dose efficace)	1
• Contre-indications	
- celles de l'anesthésie générale et d'une curarisation	1
- HTIC, anévrisme aortique	1
- DM récent, insuffisance cardiaque grave	1
- décollement de rétine	1
- anticoagulants, maladie emboligène	1
- IMAO (arrêt 15 jours avant l'AG)	1
- bêtabloquant (arrêt 48 h avant l'AG)	1

DOSSIER N°39: « Des araignées rouges grimpent sur le pape »

Mademoiselle Bénédicte D'AIGUE-MARINE, 22 ans, étudiante en école de commerce, se présente aux urgences psychiatriques accompagnée de son ami. « Depuis hier, je ne la reconnais plus. Elle dit et fait des choses qui n'ont ni queue ni tête. Elle me parle de bêtes étranges qui courent dans mon appartement, de Jacques Chirac en maillot de bain, de la guerre... Elle m'écoute à peine quand je lui parle, comme si quelqu'un d'autre lui parlait en même temps. Hier soir, ça a été terrible. Elle s'est enfermée dans la salle de bain et je l'ai retrouvée toute habillée dans la baignoire... » Il vous apprend qu'elle n'a pas d'antécédent particulier ni personnel, ni familial. Il l'a rencontrée il y a un mois en boîte de nuit et a tout de suite été séduit par son côté « femme-enfant ». « Depuis qu'on est ensemble, elle ne me lâche plus d'une semelle. Elle téléphone à mon bureau toute la journée et si je ne fais pas ce qu'elle veut, j'ai droit à des crises de larmes. C'est peut-être pour ça que ses nombreux ex petits amis l'ont quittée ! »

La jeune femme est agitée, semble par instant anxieuse, se levant sans cesse pour regarder par la fenêtre.

« C'est fou, fou, fou... Regardez les araignées rouges aux yeux verts qui courent partout. C'est comme le Pape, je suis sûre qu'il vous a écrit pour vous annoncer la nouvelle. Ma mission est claire... Les martiens m'ont contactée, ils m'ont fait comprendre qu'ils veulent que je me marie avec l'un d'entre eux. J'ai été élue Miss Galaxie. Attention à vous docteur, le scarabée du pharaon va rentrer par la fenêtre... »

-Quel scarabée ?

« Le Polynésien à la tête multicolore voyage en Concorde pour rejoindre ses maîtresses aux pantalons pattes d'éléphant... »

Elle s'arrête alors dans une attitude d'écoute. « Vous savez, on sait tout ce que je vais dire ou faire à l'avance... Et hop... Encore un fax ! »

L'examen somatique et les premiers examens biologiques sont normaux.

1. Faites une analyse sémiologique du syndrome délirant.
2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?
3. Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?
4. Quel type de personnalité semble présenter cette patiente ? Sur quels arguments ?
5. Quels sont les modes évolutifs possibles de ce type de pathologie ?
6. Quel(s) facteur(s) de bon pronostic retrouvez-vous dans l'énoncé ?

DOSSIER N°39

1. Fades une analyse sémiologique du syndrome délirant. (20)

- Syndrome délirant aigu d'emblée (oubli =0)1
- Variabilité et labilité du délire dans la journée (augmentation des troubles à l'endormissement)1
- Toutefois délire constant et actuel, à début brutal1
- Thématique
 - riche1
 - multiple1
 - les thèmes s'enchevêtrent sans souci de cohérence:1
 - . persécution (araignées, scarabée)1
 - . idées mystiques (Pape, mission)1
 - . mégalomane (élection Miss galaxie)1
 - . syndrome d'influence1
 - . érotique1
- Mécanisme
 - polymorphe1
 - hallucinatoire (hallucinations visuelles et auditives, attitude d'écoute, troubles du comportement)1
 - imaginatif + + + (oubli = 0)1
 - interprétatif, illusionnel,1
 - automatisme mental1
- Absence complète de systématisation1
- Réaction affective
 - quelques moments de perplexité anxieuse1
 - mais adhésion totale au délire1
 - participation affective intense1

2 Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ? (20)

- Bouffée délirante aiguë (3) primaire (2)5
- Sujet jeune (entre 16 et 35 ans)2
- Début aigu (< 6 mois), brutal2
- Sans cause évidente1
- Personnalité hystériqueNC car discuté
- Association
 - d'une symptomatologie délirante d'emblée, polymorphe, non systématisée... (cf question 1)2
 - en rupture avec l'état antérieur2
 - troubles de la conscience et du comportement (trouble de l'attention)2
 - troubles thymiques (variables d'un instant à l'autre)2
- Absence d'autres étiologies de syndrome délirant aigu2

3. Quels sont les principaux diagnostics différentiels ? (10)

- BDA secondaire à une cause psychogène1
- BDA secondaire à une cause organique (étiologies identiques à celles du syndrome confusionnel)1
- Manie délirante1
- Mélancolie délirante1
- État mixte1
- Confusion mentale (intoxication, infection, traumatisme crânien) (oubli =0)1
- Exacerbation d'une psychose chronique1
- Étiologies non délirantes
 - états seconds, état crépusculaire hystérique1
 - crises d'épilepsie partielle1
 - ivresse pathologique1

4. Quelle type de personnalité semble présenter cette patiente ? Sur quels arguments ? (15)

• Personnalité hystérique (oubli =0)	4
• Personnalité histrionique :	1
-souci excessif de plaire physiquement, séduction	1
- mal à l'aise sans l'attention d'autrui	1
- labilité émotionnelle	1
- hyperexpressivité des émotions	1
- égocentrisme	1
• Personnalité dépendante :	1
- crainte de l'abandon	1
- dépendance affective	1
-caractère immature, infantile	1
*Troubles sexuels « collectionnisme des partenaires »	1

5. Quels sont les modes évolutifs de ce type de pathologie ? (20)

• A court terme	
- évolution favorable sous traitement	2
- guérison en quelques jours à quelques semaines	2
- dépression secondaire possible de bon pronostic	2
- en l'absence de guérison à court terme, on doit craindre une schizophrénie paranoïde	2
• A long terme	
- guérison totale dans 40 à 50 % des cas	2
- forme récidivante avec des intervalles libres « délire à éclipse » (25 à 40 % des cas)	2
- chronicisation (25 % des cas) (oubli = 0)	2
• schizophrénie (schizoïde, dysthymique)	2
• PMD	2
• psychose non dissociative (paranoïa, délire de relation des sensitifs, PHC, délire paraphrénique)	2

6. Quel(s) facteur(s) de bon pronostic retrouvez-vous dans l'énoncé ? (15)

• Absence d'hérédité de schizophrénie	2
* Absence de personnalité schizoïde prémorbide (oubli = 0)	3
• Personnalité prémorbide bien adaptée socialement	2
• Traits de personnalité hystérique	2
• Début brutal	2
• Éléments thymiques importants	2
• Absence d'hallucinations olfactives	2

DOSSIER N°40: « Tout, tout, tout, vous saurez tout sur le lithium »

Madame POTIN M.-D. est adressée aux urgences par son psychiatre. Son mari, qui l'accompagne, vous tend une lettre.

« Madame POTIN, 40 ans, sans antécédent médical, présente actuellement un accès maniaque depuis 15 jours. Elle a présenté deux épisodes dépressifs en 1991 et en 1993 avec virage maniaque lors du deuxième épisode traité par perfusions d'ANAFRANIL®. J'ai constaté quelques épisodes hypomaniaques depuis que je la suis mais, ils n'ont jamais nécessité de traitement particulier. Sa mère s'est suicidée à l'âge de 35 ans et sa soeur est suivie pour une PMD. Elle n'a actuellement aucun traitement à visée psychiatrique à l'exception du STILNOX® qu'elle prend lorsqu'elle a du mal à s'endormir (ce qui survient souvent compte-tenu de son tempérament hyperthymique). Merci de prendre en charge cette patiente. Confraternellement. Docteur SINOQUE. »

1. De quelle forme de PMD s'agit-il ? Justifiez votre réponse.
2. Définissez le « tempérament hyperthymique » ?
3. Vous décidez de mettre cette patiente sous lithium. Quelles en sont les contre-indications ?
4. Quel bilan paraclinique préthérapeutique réalisez-vous ?
5. Quels sont les effets secondaires que l'on peut observer ?
6. Quelle surveillance mettez-vous en place ?
7. Quels sont les signes cliniques qui doivent faire rechercher un surdosage ?

DOSSIER N°40

1. De quelle forme de PMD s'agit-il ? Justifiez votre réponse. (10)

- Psychose maniaco-dépressive bipolaire de type II5
- Épisodes dépressifs récurrents2
- Associés à des périodes hypomaniaques2
- Antécédents familiaux du même type fréquents1

2 Définissez le « tempérament hyperthymique » ? (10)

- Début précoce (< 21 ans)1
- Sommeil court (< 6 heures)1
- Au moins 5 des traits suivants:1
 - irritable, gai, optimiste, exubérant1
 - vantard, explosif, mégalomane1
 - plein de projets, impulsif, opportuniste1
 - logorrhéique1
 - chaleureux, sociable, extraverti1
 - s'impliquant trop1
 - désinhibé, recherchant des stimulations1

3. Vous décidez de mettre cette patiente sous lithium. Quelles en sont les contre-indications ? (20)

- Grossesse au premier trimestre et allaitement3
- Insuffisance rénale même modérée (clearance de la créatinine < 85 mUmn)3
- Déplétion hydrosodée (oubli -p)3
- Régime désodé ou hyposodé2
- Traitement diurétique2
- Insuffisance cardiaque en cas d'atteinte de la fonction ventriculaire3
- Associations déconseillées
 - AINS2
 - Carbamazépine2
- Autres CI non retrouvées dans tous les manuels : troubles cognitifs, sujet indocile, tumeur cérébrale, AVC récent, insuffisance hépatique, trouble du rythme, épilepsie, hypothyroïdie, association avec les corticoïdes, IEC, neuroleptiques, mannitol, aminophyllineNC

4. Quel bilan paraclinique préthérapeutique réalisez-vous? (15)

- NFS, VS, glycémie, ionogramme, calcémie3
- Urée, créatinine (clearance), protéinurie des 24 heures, ECBU3
- Radiographie du thorax, ECG3
- TSH (si suspicion clinique d'hypothyroïdie, iodémie protidique et/ou index de thyroxine libre)2
- EEG de référence en début de traitement2
- Test de grossesse systématique (au besoin, mise en route d'une contraception chez les femmes en âge de procréer) (oubli = p)2

5. Quels sont les effets secondaires que l'on peut observer ? (15)

- Précoces
 - troubles digestifs: anorexie, gastralgies, nausées, selles molles1
 - tremblement fin, intentionnel et de repos2
 - asthénie1
 - syndrome polyuro-polydipsique2

- Lors d'un traitement prolongé
 - prise de poids2
 - hyperleucocytose1
 - baisse de la libido et de la créativité1
 - syndrome extra-pyramidal1
 - hypothyroïdie, goitre (oubli =0)2
- Intoxication aiguë2

6. Quelle surveillance mettez-vous en place ? (15)

- Éducation du patient et de ses proches (oubli = 0)1
 - port d'une carte (posologie, dates des contrôles, lithiémie, personnes à prévenir en cas d'urgence, médecin traitant)1
 - prévenir de consulter dans les situations suivantes
 - . en cas de nouveau traitement nécessaire1
 - . situations favorisant les troubles hydro-électriques (fièvre, vomissements)1
- Surveillance médicale:1
 - consultation tous les 2 mois une fois le traitement équilibré1
 - état thymique (hypomanie, début de dépression)1
 - effets secondaires
 - . poids, TA1
 - . tremblement1
 - . palpation de la thyroïde1
 - . signes digestifs de surdosage1
- Surveillance biologique:1
 - lithiémie (1 x/semaine le premier mois, 1 x/mois le premier trimestre puis 1 x/trimestre, 12 h après la prise, le matin à jeun)1
 - TSH tous les 6 mois1
 - NFS, urée, créatinine, ionogramme, calcémie, glycémie, protéinurie des 24 h, ECG 1 x/an1

7. Quels sont les signes cliniques qui doivent faire rechercher un surdosage? (15)

- Céphalées2
- Vomissements1
- Troubles de l'équilibre, vertiges2
- Diarrhée1
- Tremblement ample2
- Soif2
- Asthénie intense2
- Dysarthrie1
- Syndrome confusionnel2

97 - SUD - DOSSIER N°2

Un homme de 45 ans, droitier, consulte pour la survenue d'un déficit de l'hémicorps droit accompagné d'un trouble du langage d'une durée totale de 20 mn, survenu le matin même alors qu'il était au bureau. À l'interrogatoire vous relevez parmi les antécédents médicaux du patient une hypercholestérolémie actuellement seulement traitée par un régime, des crises de migraine commune au rythme de 1 tous les 2 à 3 mois traitées au coup par coup par GYNERGENE CAFÉINÉ®.

Il signale la survenue d'un épisode de palpitations pendant 24 h, il y a 3 semaines, accompagné le même jour de la perte de vision de l'œil droit, brutale, sans autre signe d'accompagnement, pendant quelques minutes, et pour lequel il n'a pas consulté.

Quant à l'évènement qui vient de se produire, vous apprenez qu'il s'est installé, lui aussi, de façon brutale, sans céphalées, nausées, ni vomissements.

Un témoin de la scène vous rapporte des troubles de la compréhension, une production verbale abondante et dépourvue de sens.

L'examen neurologique est strictement normal, la TA est à 140/90 mmHg aux 2 bras.

1. Quelle donnée de cet interrogatoire paraît essentielle pour expliquer le mécanisme de l'épisode qui motive la consultation ?
2. Quels sont les éléments qui vous font écarter le diagnostic de migraine ophtalmique pour l'épisode d'il y a 3 semaines, et de migraine accompagnée pour l'épisode qui motive la consultation ?
3. Quel mode de prise en charge choisissez-vous pour votre patient: ambulatoire ? hospitalier ? Justifiez.
4. L'auscultation cardiaque révèle une arythmie bien supportée.
L'ECG montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire lente. Quel mécanisme final évoquez-vous pour expliquer les 2 épisodes neurologiques.
Quels territoires artériels sont concernés ?
5. Quel bilan paraclinique demandez-vous en urgence et pourquoi ?
6. Quelle est la conduite immédiate du traitement ?

97 - SUD - DOSSIER N°2

1. Quelle donnée de cet interrogatoire parant essentielle pour expliquer le mécanisme de l'épisode qui motive la consultation?

- La survenue d'une perte de la vision de l'œil droit brutale, transitoire, isolée et contemporaine d'un épisode de palpitation orientant vers
- accident ischémique transitoire dans le territoire de l'artère ophtalmique par cardiopathie emboligène au décours d'un trouble du rythme paroxystique

2. Quels sont les éléments qui vous font écarter le diagnostic de migraine ophtalmique pour l'épisode d'il y a 3 semaines, et de migraine accompagnée pour l'épisode qui motive la consultation?

*Absence de prodromes (modification de l'humeur, troubles de l'appétit dans les 24 heures précédant l'épisode)

- Survenue brutale (s'oppose à la classique « marche migraineuse »)
- Le caractère « atypique » de « l'aura » qui est ici une amaurose unilatérale
- l'aura ophtalmique classique se manifeste par un scotome positif
- généralement les signes positifs se situent dans un héli-champ visuel (localisation rétrochiasmatique) ...
- Absence de céphalées dans l'heure ayant suivie les signes ophtalmiques
- Absence de signes d'accompagnements (ni signes digestifs, ni phono ou photophobie...)
- Palpitations ayant précédées l'amaurose
- Absence de prodromes
- Caractère a priori brutal du déficit neurologique (pas de marche migraineuse)
- Caractère exceptionnel du déficit moteur dans les auras migraineuses
- Absences de signes digestifs associés...
- Absence de céphalées dans l'heure ayant suivie le déficit moteur

3. Quel mode de prise en charge choisissez-vous pour votre patient: ambulatoire ? hospitalier ? Justifiez.

- Hospitalisation en urgence car:
 - les 2 AIT présentés par ce patient constituent une menace d'accident ischémique constitué (risque estimé à 30%)
- Cette très probable cardiopathie emboligène nécessite
 - des examens complémentaires à réaliser rapidement en milieu hospitalier
 - une prise en charge thérapeutique rapide afin d'éviter une récurrence

4. L'auscultation cardiaque révèle une arythmie bien supportée. L'ECG montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire lente. Quel mécanisme final évoquez-vous pour expliquer les 2 épisodes neurologiques. Quels territoires artériels sont concernés ?

- Mécanisme final
 - occlusion artérielle intracrânienne transitoire due à une embolie fibrino-plaquettaire friable (qui se délite facilement permettant le rétablissement rapide de la circulation sanguine cérébrale) provenant de l'oreillette gauche où il se constitue du fait des troubles hémodynamiques liés à la fibrillation auriculaire.
- Le premier épisode de cécité monoculaire droite correspond à une embolie dans le territoire de l'artère ophtalmique droite (première branche de la carotide interne droite)
- L'épisode actuel associant une hémiparésie droite et des troubles du langage de type aphasie de Wernicke correspond à une embolie dans le territoire postérieur de la sylvienne superficielle gmcw

5. Quel bilan paraclinique demandez-vous en urgence et pourquoi ?

- Examens biologiques
 - NFS, plaquettes, bilan d'hémostase complet (TP, TCA, fibrinogène...). Recherche de troubles de la coagulation à visée étiologique et préthérapeutique
 - VS, groupe, rhésus, RAI
 - glycémie, cholestérol, triglycérides (autres facteurs de risque cardiovasculaires)
 - enzymes cardiaques, CPK, CPKmb, LDH, TGO, myoglobine... (recherche d'une nécrose myocardique associée)
 - TSH (hyperthyroïdie, cause potentielle d'AC/FA)
 - ionogramme sanguin, urée, créatininémie
 - TPHA-VDRL (artérite syphilitique)
- Examens d'imagerie
 - scanner cérébral sans injection de produit de contraste, en l'absence de contre-indication. Éliminer une autre étiologie et confirmer l'absence d'hémorragie. Rechercher les séquelles d'AVC ancien ou la présence de lacunes
 - écho-doppler des vaisseaux du cou. Recherche de plaques athéromateuses, ulcérées ou non, calcifiées ou non, d'un thrombus flottant, d'un hématome sous plaque... Si sténose, permet de quantifier le degré de celle-ci
 - ECG de repos
 - Holter rythmique et tensionnel des 24h
 - radio du thorax de face et de profil (possible visualisation de l'hypertrophie de l'oreillette gauche)
 - échographie cardiaque transthoracique et transcesophagienne. Donne la taille de l'oreillette gauche, la présence ou non de thrombus intra-auriculaire, le retentissement hémodynamique, la fonction du VG

6. Quelle est la conduite immédiate du traitement ?

- Hospitalisation en urgence en neurologie
- Maintien du patient en décubitus, au calme
- Pose d'une VVP de bon calibre
- Mise en route d'un traitement anticoagulant par voie veineuse en l'absence de contre-indication. Héparinothérapie en continu à dose hypocoagulante de façon à maintenir le TCA entre 1,5 et 2 avec relais secondaire par AVK
- Réduction de la FA une fois l'anticoagulation obtenue
- Correction des autres facteurs de risque cardiovasculaires accessibles à la thérapeutique
- Nursing, prévention des risques du décubitus
- Surveillance clinique et paraclinique régulière
 - scope cardiorespiratoire, examen neurologique biquotien...
 - TCA à la 4e (ou à la 6e h) avec adaptation de la dose d'héparine, plaquettes bihebdomadaire

97 - SUD - DOSSIER N°8

Monsieur L., 28 ans, enseignant, vient d'être hospitalisé car il a présenté brutalement un vécu de transformation du monde et de lui-même, impression de modifications corporelles (mon cerveau flotte) et sentiment de toute puissance. Ces idées reposent sur la perception de voix intense (il n'ose plus se regarder dans la glace).

L'examen somatique est normal.

Il s'agit du premier épisode de ce type. Il n'a aucun antécédent psychiatrique particulier.

Jusqu'alors il était parfaitement inséré au plan social, familial et professionnel, réussissant d'ailleurs plutôt bien.

Sa femme rapporte que quelques jours avant le début des troubles, il était très anxieux, car il avait reçu une nouvelle affectation et il redoutait de ne pas être à la hauteur du poste qui lui était confié.

1. Décrivez la sémiologie.
2. Discutez le diagnostic clinique.
3. Quels sont les principaux diagnostics différentiels à évoquer ?
4. Indiquer le traitement à mettre en oeuvre.
5. Les troubles ne durent que quelques jours. Mais plusieurs semaines après, Monsieur L. vient consulter parce qu'il se sent « abattu », a perdu le goût de vivre, se sent démotivé ; il ressent en permanence une « chape de plomb sur les épaules », le moindre effort physique ou intellectuel lui est pénible. Le sommeil est perturbé. Quel diagnostic portez-vous ?
6. Face à cette évolution, quelle est la conduite thérapeutique à mettre en oeuvre ? Quels sont les risques évolutifs ?

97 - SUD - DOSSIER N°8

1. Décrivez la sémiologie.

- Patient jeune
- Absence de personnalité prémorbide, insertion sociale, familiale, professionnelle normale
- Syndrome délirant aigu d'apparition brutale
- Réactionnel (nouvelle affectation anxiogène)

- Délire
 - non systématisé
 - thématique riche et variée : déréalisation (transformation du monde), dépersonnalisation (transformation corporelle, dysmorphophobie), idées délirantes mégalomaniaques (sentiment de toute puissance)
 - mécanisme hallucinatoire au premier plan. Hallucinations auditives, cénesthésiques (transformations corporelles), hallucinations intrapsychiques avec automatisme mental probable. Possibles mécanismes imaginatif et intuitif associés
 - adhésion complète au délire et humeur congruente au délire

- Examen somatique normal

2 Discutez le diagnostic clinique.

- Syndrome délirant aigu de type bouffée délirante aiguë (BDA) primaire
- Adulte jeune sans personnalité prémorbide (début entre 16 et 35 ans)
- Syndrome délirant de début brutal, d'emblée intense en rupture avec l'état antérieur
- Facteur déclenchant probable : nouvelle affectation
- Examen somatique normal
- Syndrome délirant non systématisé, riche, à mécanisme hallucinatoire prépondérant, avec participation thymique intense. Congruence totale au délire

3. Quels sont les principaux diagnostics différentiels à évoquer ?

- BDA secondaire à une cause organique
 - prise de toxiques (alcool ou autres)
 - prise médicamenteuse (corticoïdes, agonistes dopaminergiques...)
 - causes infectieuses
 - causes vasculaires (thrombophlébite...)
 - causes tumorales
 - épilepsies partielles ou confusion post-critique
 - causes traumatiques

- Manie délirante
- Mélancolie délirante
- État mixte
- Confusion mentale (toxiques, infection...)
- États seconds, états crépusculaires hystériques
- Exacerbation d'une psychose chronique (peu probable ici)

4. Indiquer le traitement à mettre en œuvre.

- Hospitalisation en urgence en service de psychiatrie
- Le plus souvent hospitalisation à la demande d'un tiers en raison de l'impossibilité de l'obtention du consentement du patient
- Réalisation d'examens paracliniques afin d'éliminer les diagnostics différentiels évoqués
 - bilan biologique standard, VS, CRP
 - glycémie, TSH, bilan hépatique
 - recherche de toxiques dans le sang et dans les urines, alcoolémie...
 - scanner cérébral sans et avec injection, PL, EEG au moindre doute diagnostique

- Mettre le patient au calme, réassurance, si besoin en chambre de soins intensifs
- Débuter un traitement neuroleptique incisif et sédatif per os (ou IM si refus du traitement per os) en l'absence de contre-indications et pour une durée d'au moins 6 mois. Exemple : HALDOL® 5 mg x 3/jour ou RISPERDAL® en débutant par 4 à 6 mg/jour (incisif mais peu ou pas sédatif)
- Associer un traitement anxiolytique et sédatif qui sera réduit progressivement. Exemple : TERCIAN® 50 mg x 3/jour
- Si dyskinésies: LEPTICUR® ou AKINÉTON®
- Surveillance pluriquotidienne de l'efficacité et de la tolérance du traitement (TA, T°, FR, FC, syndrome parkinsonien, dyskinésies, production délirante, humeur...)

5. Les troubles ne durent que quelques jours. Mais plusieurs semaines après, Monsieur L vient consulter parce qu'il se sent « abattu », a perdu le goût de vivre, se sent démotivé ; il ressent en permanence une « chape de plomb sur les épaules », le moindre effort physique ou intellectuel lui est pénible. Le sommeil est perturbé. Quel diagnostic portez-vous ?

- Syndrome dépressif

Remarque

- Pour certains, la dépression post-BDA serait un facteur pronostic d'évolution favorable
- On ne peut éliminer ici la possibilité d'un mode d'entrée aiguë dans une pathologie dysthymique (PMD).

6. Face à cette évolution, quelle est la conduite thérapeutique à mettre en œuvre ? Quels sont les risques évolutifs ?

- Conduite thérapeutique et risques évolutifs
- Diminuer la posologie du ou des traitements neuroleptiques en arrêtant plus particulièrement les neuroleptiques sédatifs
- Mise en route d'un traitement antidépresseur en renforçant la surveillance clinique (risque de réactivation du délire)
- Risques à court terme
 - risque suicidaire
 - réactivation du délire
 - problème de compliance thérapeutique
- Risques à long terme
 - évolution vers une pathologie dysthymique chronique
 - BDA récidivantes (BDA à « éclipse »)

97 - NORD - DOSSIER N°4

Deux semaines après un épisode grippal avec fièvre, céphalées, myalgies, toux, éternuements, résolutif en une dizaine de jours, une femme de 37 ans présente brutalement un grand vertige rotatoire s'accompagnant d'une instabilité.

Elle est obèse et présente des varices des membres inférieurs. À l'examen, on constate un nystagmus horizontal multi-directionnel, une dysmétrie à l'épreuve doigt-nez gauche, un syndrome de Claude Bernard Horner gauche, une hypoesthésie faciale gauche, une hypoesthésie à la piquûre et à la température des membres droits. Il y a quelques troubles de la déglutition avec fausses routes et à l'examen, vous constatez une parésie de l'hémivoile du palais gauche. Au cours d'une salve d'éternuements 15 jours plus tôt, elle avait ressenti une violente douleur cervicale, qui avait rapidement régressé. La patiente a 2 enfants de 8 et 6 ans en bonne santé. Vous évoquez un syndrome de Wallenberg.

1. Sur quels éléments repose votre diagnostic de syndrome de Wallenberg.
2. Dans ce contexte, quelle en est l'étiologie la plus probable ?
3. Comment allez-vous la confirmer ?
4. Si votre hypothèse diagnostique ne se confirmait pas, quelles sont les autres étiologies potentielles ?
5. Quel traitement proposez-vous ?

97 - NORD - DOSSIER N°4

1. Sur quels éléments repose votre diagnostic de syndrome de Wallenberg ?

*Apparition brutale d'un déficit neurologique ayant une systématisation vasculaire (région rétro-olivaire bulbaire, région latérale bulbaire vascularisée par l'artère de la fossette latérale du bulbe gauche) qui réalise un syndrome alterne du bulbe avec

- Du côté de la lésion, à gauche ici
 - une hypoesthésie faciale par atteinte du noyau du trijumeau (V)
 - un syndrome de CBH par atteinte du sympathique dans le bulbe
 - un syndrome cérébelleux cinétique (dysmétrie à l'épreuve doigt-nez) par atteinte du pédoncule cérébelleux inférieur
 - un syndrome vestibulaire (nyctagmus horizontal, vertige rotatoire aigu) par atteinte des noyaux vestibulaires
 - des troubles de la déglutition, fausses routes, hémiparésie du voile du palais par atteinte des noyaux des nerfs mixtes (IX, X et XI bulbaire)
- Du côté opposé à la lésion:
 - une héli-anesthésie au tact et thermo-algique (faisceau spino-thalamique) respectant la face

Remarque

L'atteinte du V donne généralement une anesthésie faciale dissociée (perte de la sensibilité thermo-algique avec conservation de la sensibilité tactile) du fait du respect du noyau principal qui se situe dans la protubérance.

On peut s'étonner de l'atteinte controlatérale de la sensibilité au tact car normalement seule la sensibilité thermoalgique est touchée (F spino-thalamique) alors que le lemnieuse médian reste indemne.

2 Dans ce contexte, quelle en est l'étiologie la plus probable ?

- Il s'agit vraisemblablement d'un accident vasculaire ischémique par occlusion de l'artère de la fossette latérale du bulbe secondaire à une dissection post-traumatique de l'artère vertébrale gauche

3. Comment allez-vous la confirmer ?

- IRM cérébrale sans injection pour éliminer un accident hémorragique
- L'examen complémentaire de référence pour le diagnostic de dissection artérielle reste l'artériographie cérébrale des 4 axes en l'absence de contre-indication
- On recherchera
 - un aspect de double lumière artérielle
 - un aspect en « queue de radis » au niveau de l'occlusion ou de la sténose
 - parfois un anévrisme associé de la paroi artérielle
 - d'autres anomalies possibles sur les autres axes artériels
- L'écho-doppler cervical est l'examen non invasif de première intention : on recherchera la diminution ou l'abolition du flux dans l'artère vertébrale G
- L'angio-IRM occupe une place de plus en plus importante dans le diagnostic de dissection
- L'IRM cervicale permet souvent de faire le diagnostic de façon non invasive en mettant en évidence un hématome de la paroi artérielle (hypersignal T1) de même elle permet de surveiller l'évolution
- D'autres examens sont utiles afin d'éliminer les autres étiologies possibles
 - lors de l'écho-doppler des vaisseaux du cou et de l'artériographie, vérifier l'absence de surcharges athéromateuses
 - l'échographie cardiaque, le holter, l'ECG doivent confirmer l'absence de cardiopathie emboligène
 - l'étude de l'hémostase, le bilan lipidique, la recherche de pathologie auto-immune ou infectieuse doivent être faits chez cette jeune patiente

4- Si votre hypothèse diagnostique ne se confirmait pas, quelles sont les autres étiologies potentielles ?

- Athérosclérose : embolie par ulcération d'une plaque athéromateuse ou thrombose sur plaque
- Cardiopathie emboligène (trouble du rythme cardiaque, valvulopathie, IDM, endocardite, thrombus de l'oreillette gauche, embolie paradoxale)
- Affections hématologiques et troubles de l'hémostase
- Angéites infectieuses ou auto-immunes

5. Quel traitement proposez-vous ?

- Hospitalisation en urgence en service de neurologie
- Repos en décubitus strict en limitant au maximum la mobilité cervicale
- Mise en place d'une sonde naso-gastrique en raison des troubles de la déglutition
- Pose d'une VVP
- Prélèvement en urgence : groupe, rh (2 déterminations), RAI, TP, TCK, Plq
- En l'absence de contre-indication : anticoagulation efficace par héparine standard à la seringue électrique en continu de façon à obtenir un TCA entre 1,5 et 2 x le témoin (TCA contrôlé à 4 h puis quotidiennement et 4 h après toute modification de posologie). Relais ensuite par les AVK de façon à maintenir un INR entre 2 et 3 et ce pendant au moins 3 mois (à poursuivre ou non en fonction du résultat de l'artériographie de contrôle)
- Surveillances clinique et paraclinique régulières
 - TA, T°, FC, examen neurologique, auscultation pulmonaire et cardiaque
 - TCA, plaquettes...
 - nursing, prévention des complications du décubitus
 - rééducation précoce dès que l'état clinique la rend possible

97 - NORD - DOSSIER N°9

Monsieur Y. est adressé aux urgences pour céphalées fébriles. Ce patient âgé de 75 ans a comme antécédent un diabète non insulino-dépendant plus ou moins bien équilibré par 2 comprimés quotidiens de GLUCOPHAGE® retard et une insuffisance cardiaque.

L'histoire de la maladie

- une fébricule à 38°C depuis 5 jours,
- des céphalées tenaces depuis 72 heures,
- quelques phases d'agitation alternant avec une torpeur depuis 12 heures.

L'examen clinique met en évidence

- une température à 38°5C,
- une attitude en chien de fusil avec torpeur,
- une photophobie intense,
- une raideur de la nuque avec signe de Kernig,
- un strabisme convergent de l'oeil droit,
- un pli naso-génien droit effacé.

Le scanner pratiqué en urgence est normal.

La ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien eau de roche avec

- protéinorachie à 1 g/L,
- glycorachie à 4 mmol/L,
- 200 éléments/mm³ avec pour formule 65% de lymphocytes, 30% de polynucléaires, 5% de monocytes,
- un examen direct et une culture en attente.

Le premier bilan sanguin met en évidence

- VS à 40 à la 1^{re} heure,
- Na⁺ à 118 mmol/L,
- K⁺ à 4 mmol/L,
- Cl⁻ à 90 mmol/L,
- créatininémie à 78 mmol/L,
- 11 g/dl d'hémoglobine,
- 300 000/mm³ plaquettes,
- glycémie à 18 mmol/L,
- protidémie à 50 g/L,
- 4000 GB/mm³ avec 65% de PNN, 20% de lymphocytes, 15% de monocytes.

L'analyse des urines retrouve 3 croix de glycosurie et des traces d'acétonurie. Le diagnostic de méningite bactérienne est posé et le patient admis en soins intensifs.

1. Faire l'analyse sémiologique clinique de cette observation et poser le diagnostic d'entrée.
2. Comment définir le LCR retrouvé à la ponction lombaire ?
3. Quels sont les 2 germes à suspecter en priorité ?
4. Quel bilan complémentaire demandez-vous afin d'étayer la discussion étiologique ?
5. Quelle anomalie met en évidence le premier bilan sanguin ? Quel est son mécanisme probable ?
6. Le bactériologiste de garde vous appelle en urgence pour vous signifier la présence à l'examen direct du LCR d'un bacille gram +.
Rédiger le traitement d'urgence.

97 - NORD - DOSSIER N°9

1. Faire l'analyse sémiologique clinique de cette observation et poser le diagnostic d'entrée.

- Terrain immunodéprimé
 - patient âgé de 75 ans, insuffisant cardiaque
 - diabétique non insu lino-dépendant
 - céphalées intenses évoluant depuis 72 h dans un contexte fébrile
 - accompagnées de troubles de la vigilance
 - Syndrôme méningé fébrile
 - céphalées
 - T° à 38.5°C
 - raideur de nuque avec signe de Kernig
 - photophobie
 - Signes d'atteinte centrale (encéphalite ou rhombencéphalite):
 - troubles de la vigilance (torpeur alternant avec des phases d'agitation)
 - effacement du pli naso-génien droit témoignant soit d'une atteinte périphérique débutante du VII droit soit d'une paralysie faciale centrale
 - strabisme convergent de l'oeil droit témoignant de l'atteinte de VI droit (attention, l'atteinte du VI n'a pas de valeur localisatrice !!!)
 - décompensation de son diabète avec une glycémie élevée, une glycosurie et une acétonurie
 - l'existence d'une hyponatrémie doit faire suspecter dans ce contexte un syndrome de sécrétion inappropriée d'ADN
- Au total il s'agit d'un tableau de méningoencéphalite infectieuse subaiguë avec décompensation secondaire d'un diabète non insulino-dépendant chez un patient âgé probablement immunodéprimé.

2 Comment définir le LCR retrouvé à la ponction lombaire ?

- Liquide clair, eau de Roche
 - Hyperprotéinorachie modérée
 - Hypoglycorachie (glycorachie < à 50% de la glycémie)
 - Pléïocytose franche (> 50 élt/mm³) à formule panachée
 - Sans germe mis en évidence au direct
- Il s'agit d'un LCR évocateur de méningite ou méningo-encéphalite infectieuse à liquide clair d'origine bactérienne (hypoglycorachie)

3. Quels sont les 2 genres à suspecter en priorité ?

- Chez ce patient âgé et diabétique les deux germes à suspecter en priorité sont deux bactéries
 - *Listeria monocytogenes* (petit BG+ intra-cellulaire facultatif), agent de la méningite listérienne
 - *Tuberculosis hominis* agent de la méningite tuberculeuse

4. Quel bilan complémentaire demandez-vous afin d'étayer la discussion étiologique ?

- Dans le LCR
 - chlorurorachie (basse, reflet de l'hypochlorémie)
 - taux d'acide lactique (augmenté)

Remarque

Quel que soit le germe parmi les deux que l'on suspecte, les résultats seront semblables...

- Recherche du BK
 - au direct par la coloration de Ziehl
 - mise en culture 3 semaines sur milieu Lowenstein
 - PCR BK

- Recherche de listeria monocytogènes
 - au direct, recherche d'un BG+ extra et/ou intra-cellulaire à lacoloration gram
 - mise en culture
- De façon systématique on réalisera
 - recherche d'Ag solubles bactériens
 - examens mycologiques et parasitologiques (examen direct, encre de chine, recherche d'Ag soluble de cryptocoque)
 - sérologies virales (taux d'Ac dans le LCR comparés aux taux sanguins), dosage de l'interféron alpha, PCR herpes virus...
- Dans le sang
 - hémocultures répétées aéro et anaérobies à la recherche de listéria
 - CRP
 - sérologie herpes avec dosage quantitatif du taux d'Ac
- Recherche de BK
 - radio du thorax
 - IDR à la tuberculine (valeur+ si phlycténulaire ou virage récent)
 - au direct ou en culture sur milieu Lowenstein à partir des expectoration ou des tubages gastriques (3 minimum sur trois jours de suite à jeun le matin)
 - urinaire
- Examen ophtalmique : recherche au FO de nodules de Bouchut
 - bilan hépatique, échographie hépatique
 - ECG et échographie cardiaque à la recherche d'une péricardite
- Examens morphologiques
 - IRM cérébrale sans et avec injection de gadolinium ; en faveur de listeria, l'existence d'image d'abcès du TC. En faveur de la tuberculose, la présence de tuberculome, d'une angéite du système nerveux central avec des images d'infarctus cérébraux, prise de contraste méningée à la base du cerveau...
- On recherchera aussi d'éventuelles lésions d'encéphalite herpétique (peu probable ici)
- EEG (surtout pour HSV)

5. Quelle anomalie met en évidence le premier bilan sanguin ? Quel est son mécanisme probable ?

- Ce bilan présente plus d'une anomalie... mais on peut supposer qu'ils veulent que l'on mette le doigt sur l'hyponatrémie à 118mmol/L
- Elle est majorée par l'hyperglycémie (calculer la natrémie corrigée !)
- Son mécanisme probable est celui d'une sécrétion inappropriée d'ADN fréquente dans les méningo-encéphalites infectieuses

6. Le bactériologiste de garde vous appelle en urgence pour vous signifier la présence à l'examen direct du LCR d'un bacille gram +. Rédiger le traitement d'urgence.

- Hospitalisation en urgence en unité de soins intensifs avec surveillance rigoureuse
- Mise en place d'une VVP de bon calibre
- Apports hydrique, glucosé et sodé limités (hyponatrémie + insuffisance cardiaque+diabète) : glucosé à 2,5 ou 5% à adapter au ionogramme sanguin et à la glycémie sanguine
- Monitoring cardio-tensionnel
- Pose d'une sonde naso-gastrique en raison des troubles de la conscience
- En cas de troubles respiratoires, intubation et ventilation assistée
- Arrêt des biguanides
- Si épilepsie ou lésions hémisphériques visibles à l'IRM, traitement anti-convulsif
- Contrôle de la glycémie sanguine par insulinothérapie sous-cutanée en surveillant rigoureusement la courbe de décroissance glycémique

- Après avoir réalisé les prélèvements bactériologiques et sans en attendre les résultats, débiter en urgence, une antibiothérapie par voie parentérale, double, bactéricide et synergique, supposée active sur le germe suspecté (*Listeria*) et ayant une bonne diffusion méningée
- Bétalactamines : Ampicilline 200 mg/kg/jour en 4 injections durant 4 semaines
- Aminoside : Gentalline 4 mg/kg/jour en 2 perfusion IV sur 1 heure durant les 5 premiers jours

Cette antibiothérapie sera secondairement adaptée à l'antibiogramme

- Nursing, prévention des complications du décubitus (anticogulation...)
- Soins ophtalmologiques si PF périphérique
- Surveillance clinique et biologique régulières
- examen neurologique biquotidien (conscience, signes de localisation, HTIC..) scope, FR, T°, état d'hydratation, palpation des mollets, diurèse
- ionogramme sanguin quotidien, créatininémie, glycémie, glycosurie, NFS, Plq, CRP, VS...
- PL de contrôle
- scanner si complications neurologiques

97 - NORD - DOSSIER N°12

Un jeune homme de 36 ans, vivant seul depuis plusieurs années, est amené aux urgences dans un accoutrement bizarre et portant des lambeaux de vêtements brûlés.

Il vient de se produire une explosion au gaz, pour, explique-t-il, rester dans la 5e dimension, qu'il explore depuis quelques mois.

Il expose ces faits, sans émotion, sans exaltation, sur un ton monocorde. Il dit n'avoir aucune volonté suicidaire. Il se dit sous l'emprise d'une force occulte qui agirait par manipulation d'ondes. Il fait plusieurs fois référence aux micro-processeurs qui le téléguident.

Il pense avoir commis l'erreur de ne pas s'être mis nu avant l'explosion et projette de retenter son expérience afin « d'empêcher Brigitte Bardot de décimer les corbeaux ».

Sa mère rapporte qu'il s'est éloigné d'elle depuis 10 ans, qu'il l'avait frappée plusieurs fois. Il l'appelait régulièrement mais refusait ses visites tout en se plaignant de son absence.

1. Analysez les éléments sémiologiques de l'observation (résumé syndromique).
2. Quel diagnostic évoquez-vous ? Discutez-le.
3. Quelles mesures doit-on prendre ?
4. Quel traitement médicamenteux proposez-vous ?
5. Vous avez la notion d'une mauvaise observance chimiothérapique à l'origine de 3 rechutes antérieures sévères. Quelle est la déduction thérapeutique ?

97 - NORD - DOSSIER N°12

1. Analysez les éléments sémiologiques de l'observation (résumé syndromique).

- | • Sujet jeune de sexe masculin
- Symptomatologie chronique évoluant depuis 10 ans (début des troubles à 26 ans) associant:
 - syndrome autistique : repli sur soi, éloignement du milieu familial, désinsertion sociale probable
 - troubles du comportement avec conduites hétéro-agressives
 - ambivalence (comportement vis à vis de sa mère qu'il appelle mais refuse de voir)
- Symptomatologie aiguë associant:
 - syndrome délirant:
 - non systématisé, incohérent, avec un enchaînement pseudologique des idées
 - riche, à thèmes multiples (mystique, syndrome d'influence, automatisme mental...)
 - à mécanismes divers : hallucinations psychiques, intuition, imagination...
 - non critiqué avec une adhésion totale au délire
 - sans participation thymique (indifférence affective)
 - discours hermétique, non communicable, abstrait
 - syndrome dissociatif:
 - troubles du cours de la pensée : discours diffluent, rupture de sens, relâchement des associations
 - troubles du contenu de la pensée : pensée abstraite, floue, bizarre, hermétique (sans adhésion possible de l'interlocuteur)
 - troubles de la logique avec raisonnement pseudo-logique
 - troubles de l'affectivité : émoussement et même indifférence affective, dissociation idéo-affective

2 Quel diagnostic évoquez-vous ? Discutez-le.

- Syndrome délirant aigu chez un patient présentant une psychose chronique dissociative
- Très probable schizophrénie de type paranoïde car
 - sujet jeune
 - psychose chronique évoluant depuis plus de 6 mois
 - retentissant sur l'insertion sociale
- Associant
 - un syndrome autistique
 - un syndrome dissociatif
 - un syndrome délirant chronique, non systématisé, hermétique...
 - de type paranoïde car prédominance du délire, autisme modéré au sein d'un syndrome dissociatif
 - pas de trouble de l'humeur (indifférence affective)
 - pas d'argument en faveur d'une organicité

3. Quelles mesures doit-on prendre ?

- Hospitalisation en urgence en psychiatrie
- Sur la demande d'un tiers (probablement la mère) en raison de l'urgence des soins (risques majeurs pour le patient et son entourage) et de l'incapacité du patient à donner son consentement
- Après vérification d'identité sur demande manuscrite de la tierce personne rédigée selon le modèle (art. 333 du code de la santé publique)
- Accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours et émanant de deux médecins différents, ni parents, ni alliés du directeur de l'établissement, du patient ni du tiers et n'exerçant pas (du moins pour le premier) dans l'établissement d'accueil
- Ce certificat sera confirmé dans les 24 h par un psychiatre de l'établissement différent du 2e certificateur
- Mesures de sauvegarde des biens avant, secondairement à la mise en place d'une tutelle ou d'une curatelle..
- Mesures de protection civile : contacter les pompiers et le commissariat afin de vérifier l'absence de risque de survenue d'une nouvelle explosion dans l'appartement

4. Quel traitement médicamenteux proposez-vous?

- Après hospitalisation et réalisation d'un bilan clinique et paraclinique à la recherche de contre-indications éventuelles (glaucome, hypertrophie prostatique, troubles du rythme cardiaque...)
- Débuter une bithérapie neuroleptique antiproductive et sédatrice, à dose élevée initialement pour la diminuer ensuite progressivement jusqu'à obtention de la dose minimale efficace
- Le mode d'administration pourra être IM ou per os en fonction de la compliance du patient (le plus souvent IM au début avec un relai per os secondaire mais cependant la forme per os est parfois possible d'emblée et dans ce cas là rien ne sert de sauter sur le malade avec la seringue !!!)

Exemples

- Halopéridol (HALDOL®) 5mg x 3/ jour (amp de 5mg IM ou cp à 5mg ou 50 gouttes d'H fort)
- Chlorpromazine (LARGACTIL®) 150 mg/jour en 3 IM de 50 mg ou en cp

On peut aussi employer du SOLIAN® ou du RISPERDAL®... en association avec du TERCIAN®

- Si dyskinésies, prescription d'un correcteur (LEPTICUR® ou AKINETON®)
- Si sécheresse de bouche, prescription de SULFARLEM S 25®
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement
 - pouls, TA debout/couché
 - T°, état de conscience, syndrome parkinsonien
 - troubles du comportement, anxiété, délire...

5. Vous avez la notion d'une mauvaise observance chimiothérapique à l'origine de 3 rechutes antérieures sévères. Quelle est la déduction thérapeutique ?

- La compliance chimiothérapique est souvent difficile à obtenir chez les patients schizophrènes
- La solution pour une meilleure observance réside souvent dans l'utilisation de la forme retard des neuroleptique qui
 - limite la prise à une fois par mois ou un fois tous les quinze jours
 - « fidélise » le patient qui se rend au dispensaire pour son injection
- Pour l'HALDOL®, 5mg/jour per os sont équivalents à 2 amp à 50 mg d'HALDOL DECANOAS®/mois.
- On maintiendra la surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement de façon à obtenir la dose minimale efficace.

98 - SUD - DOSSIER N°1

Madame H., âgée de 35 ans, a déjà été hospitalisée plusieurs fois en service de psychiatrie

- à l'âge de 29 ans pour un épisode dépressif, rapidement régressif ;
 - à l'âge de 31 ans pour un état d'exaltation euphorique de l'humeur avec logorrhée et tachypsychie ;
 - enfin à l'âge de 33 ans, à la suite d'une tentative de suicide par défenestration, au retour d'un pèlerinage.
- Madame H., qui est une personne très croyante, déclarait qu'elle était damnée, qu'elle se trouvait en enfer, qu'elle subissait le châtement éternel de ses fautes.

Entre ces périodes d'hospitalisation, son état était redevenu strictement normal. Actuellement, elle est réhospitalisée après l'apparition d'une nouvelle phase d'hyperactivité, d'humeur euphorique et expansive. Elle parle sans arrêt, à vive allure, sans qu'on puisse l'interrompre. Elle fait des plaisanteries d'un goût douteux qui contrastent avec sa réserve habituelle. Elle a fait récemment des dépenses disproportionnée par rapport à ses revenus. Elle fait des projets grandioses, veut acheter la moitié des actions d'une grande société multinationale et veut créer un dispensaire dans un état africain.

Dans sa famille, son père est connu pour avoir présenté plusieurs épisodes dépressifs.

Son examen clinique ne révèle par ailleurs aucune anomalie.

1. Quel était le syndrome constaté lors de sa troisième hospitalisation à l'âge de 33 ans ?
2. Décrivez la sémiologie de l'état clinique actuel, en utilisant les termes techniques adéquats.
3. Au vu de l'état clinique actuel et compte tenu de l'évolution de cette malade, quel diagnostic positif doit être posé ?
4. Au moment de sa réhospitalisation, la malade refusait les soins, s'estimant tout à fait normale. Sous quelles modalités médico-administratives a-t-elle pu être admise ?
5. Une autre mesure médico-administrative doit-elle être prise, compte tenu du comportement de cette malade et sous quelles conditions ?
6. Quel doit être le traitement médicamenteux à prescrire dans l'immédiat ?
7. Quelles sont les modalités de mise en place de ce traitement ?

98 - SUD - DOSSIER N°1

1. Quel était le syndrome constaté lors de sa troisième hospitalisation à l'âge de 33 ans ?

- Syndrome dépressif de type mélancolique
- avec une tentative de suicide grave (défenestration) dans un contexte d'humeur dépressive intense
- idées délirantes de type mélancolique, congruentes à l'humeur avec ébauche d'un syndrome de Cottard (damnation, châtement éternel).

2 Décrivez la sémiologie de l'état clinique actuel, en utilisant les ternies techniques adéquats.

- Il s'agit d'un état maniaque : hyperactivité, euphorie morbide, tachyphémie, logorrhée, désinhibition sociale, familiarité du contact en rupture avec la personnalité habituelle, calembours, dépenses somptuaires, inconsidérées.
- Syndrome délirant congruent à l'humeur, à thèmes mégalomaniaques.
- Chez une patiente de 35 ans, présentant, dans ses ATCD personnels deux états dépressifs (dont un épisode mélancolique), et un état maniaque, et aux ATCD familiaux de troubles thymiques.
- De plus, normalité de l'examen clinique éliminant à priori une cause organique, et intervalle libre entre les épisodes.

3. Au vue de l'état clinique actuel et compte tenu de l'évolution de cette malade, quel diagnostic positif doit être posé ?

- État maniaque dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive de type bipolaire : en plus de l'épisode maniaque actuel, ATCD de 2 états dépressifs dont un mélancolique et d'un autre état maniaque.
- Existence d'ATCD familiaux de troubles de l'humeur (chez le père de la patiente), ce qui est un argument de plus pour un tel diagnostic.

4. Au moment de sa réhospitalisation, la malade refusait les soins, s'estimant tout à fait normale. Sous quelles modalités médico-administratives a-t-elle pu être admise ?

- Mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), selon la loi du 27.06.1990, article L333 du code de la Santé Publique.

5. Une autre mesure médico-administrative doit-elle être prise, compte tenu du comportement de cette malade et sous quelles conditions ?

- Une autre mesure paraît indispensable, compte tenu des dépenses inconsidérées : une protection des biens de type sauvegarde de justice en urgence.
- Ouverture de la sauvegarde par déclaration du médecin au Procureur de la République qui l'enregistre.

6. Quel doit être le traitement médicamenteux à prescrire dans l'immédiat ?

- Mise en route d'un traitement par
- Neuroleptiques : initialement en injection IM, par exemple HALDOL® (15 mg/jour) puis relais per os.
- et introduction lors de l'hospitalisation d'un thymorégulateur : THÉRALITHE® en comprimés, après avoir éliminé une contre-indication, et en adaptant la posologie en fonction de la lithiémie qui doit être comprise entre 0,6 et 1 mEq/l.

7. Quelles sont les modalités de mise en place de ce traitement ?

- Hospitalisation en urgence en psychiatrie, en HDT
- Mesures d'isolement du patient, au calme, dans le service
- Psychothérapie de soutien
- Examen clinique complet (en particulier neurologique, cardiovasculaire, thyroïdien)
- * Élimination d'une contre-indication au traitement par Lithium, avec bilan biologique standard, clairance de la créatinine, ECG, protéinurie des 24 h, FT4, TSH US, test de grossesse.
- Surveillance de la lithiémie.

98 - SUD - DOSSIER N°2

Un homme de 55 ans consulte car il a présenté à deux reprises quelques heures plus tôt une perte brutale de la vision de l'œil droit, indolore et spontanément régressive en moins de 10 mn. L'examen est normal. Vous portez le diagnostic de cécité monoculaire transitoire (CMT).

1. Sur quel axe artériel se situe la lésion responsable de cette CMT ?
2. Quelle conduite pratique proposez-vous en priorité ?
3. Quels facteurs de risque recherchez-vous ?
4. Quels traitements préventifs proposez-vous ?
5. Quels sont les deux principaux risques vasculaires qui menacent ce patient dans l'avenir ?

98 - SUD - DOSSIER N°2

1. Sur quel axe artériel se situe la lésion responsable de cette CMT ?

- Axe carotidien droit.

2 Quelle conduite pratique proposez-vous en priorité?

- Hospitalisation en urgence.
- Repos au lit strict
- Voie veineuse, scope, dynamap
- Anticoagulation à dose efficace par héparine IVSE, 500 UI/kg/jour adaptée au TCA (2 à 3 fois le témoin), après réalisation du scanner cérébral sans injection (élimine une CI au traitement, recherche d'AVC passés inaperçus).
- Recherche d'une étiologie
 - cardiologique (auscultation, ECG, échographie cardiaque trans thoracique et transcesophagienne)
 - athéromateuse (pouls, souffles, échodoppler des troncs supra-aortiques, doppler transcrânien)
 - Horton (palpation des pouls temporaux, VS en urgence).

3. Quels facteurs de risque recherchez-vous ?

- Recherche des facteurs de risque cardiovasculaires de l'athérosclérose : diabète, HTA, dyslipidémie, tabac, surcharge pondérale.

4. Quels traitements préventifs proposez-vous ?

- Traitement préventif d'un AVC constitué par anticoagulation efficace (cf question n°2).
- Puis traitement préventif adapté à l'étiologie
 - si cardiopathie emboligène : relais de l'héparine par AVK.
 - si athérosclérose : antiagrégants plaquettaires au long cours (aspirine 250 mg/jour ou TICLID®)
 - si sténose carotidienne de plus de 70 % : endartériectomie chirurgicale.
- Et traitement des facteurs de risque vasculaires.

5. Quels sont les deux principaux risques vasculaires qui menacent ce patient dans l'avenir ?

- Accident vasculaire cérébral constitué.
- Infarctus du myocarde.

98 - SUD - DOSSIER N° 10

Un sujet de 40 ans, sans ATCD pathologiques présente brusquement, au cours d'un effort, une céphalée de grande intensité l'obligeant à interrompre son activité. Elle est rapidement accompagnée d'une sensation de déséquilibre et de vomissements.

Le patient doit s'aliter. Apparaît alors une chute de la paupière droite. L'examen met en évidence une raideur de la nuque et un signe de Kernig et de Brudzinski confortant l'hypothèse d'hémorragie méningée.

1. Qu'attendez-vous de l'examen clinique de l'oculomotricité ?
2. Quelle est la cause la plus probable de l'hémorragie méningée ?
3. Quelle en est la localisation ?
4. Quel(s) signe(s) radiologique(s) recherchez-vous sur la tomodensitométrie pratiquée en urgence ?
5. Qu'attendez-vous de l'artériographie réalisée à titre diagnostique ?
6. Qu'évoque l'apparition secondaire d'une hémiplégie ?

98 - SUD - DOSSIER N°10

	<p>1. Qu'attendez-vous de l'examen clinique de l'oculomotricité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'une probable atteinte du III droit <ul style="list-style-type: none"> - diplopie binoculaire -déviation du globe oculaire en dehors ou limitation simple de l'adduction, de l'élévation et de l'abaissement. - l'atteinte du III peut être complète, réalisant une ophtalmoplégie importante, ou partielle. • De plus, outre l'examen oculomoteur <ul style="list-style-type: none"> - confirmation du ptosis droit, évoqué dans l'anamnèse. - recherche d'une mydriase 	
	<p>2 Quelle est la cause la plus probable de l'hémorragie méningée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • On évoque comme première étiologie la rupture d'un anévrysme intracrânien <ul style="list-style-type: none"> - par argument de fréquence - et car survenue lors d'un effort. 	
	<p>3. Quelle en est la localisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'atteinte du III droit est un élément localisateur de l'anévrysme : au niveau de la terminaison de la carotide interne droite. 	
	<p>4. Quel(s) signe(s) radiologique(s) recherchez-vous sur la tomodensitométrie pratiquée en urgence ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le scanner cérébral sans injection, réalisé en urgence, peut mettre en évidence <ul style="list-style-type: none"> - l'hémorragie méningée : hyperdensité spontanée des citernes de la base, des vallées sylviennes, de la convexité. - l'anévrysme, s'il est volumineux -d'éventuelles complications : hématome intraparenchymateux, hydrocéphalie, infarctus (par vasospasme). • Le scanner peut aussi être normal, ce qui n'élimine pas le diagnostic. 	
	<p>5. Qu'attendez-vous de l'artériographie réalisée à titre diagnostique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • On réalise une artériographie cérébrale des 4 axes en commençant par le côté droit ; cet examen va permettre de retrouver l'anévrysme qui a saigné (ou du moins, c'est l'examen le plus sensible pour le faire), il en précise le siège, la taille, la forme, et le collet, il recherche des anévrysmes associés, et peut montrer un vasospasme. 	
	<p>6. Qu'évoque l'apparition secondaire d'une hémiplégie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'hémiplégie secondaire est évocatrice d'un infarctus ischémique par vasospasme. 	

98 - NORD - DOSSIER N°3

Cet homme âgé de 50 ans, ouvrier agricole consulte pour une faiblesse des membres inférieurs, avec fourmillement des deux pieds. Aucun ATCD familial n'est retrouvé, mais il existe une consanguinité chez ses grands parents paternels.

Mr Av. est marié, a deux enfants en bonne santé ; il indique une consommation d'alcool quotidienne d'un litre de vin par jour et de quelques bières. Il a été traité, 10 ans auparavant, pour une tuberculose pulmonaire. L'examen note des varicosités des pommettes, une parotidose bilatérale, une érythrose palmaire et quelques angiomes stellaires.

On ne palpe ni hépatomégalie, ni splénomégalie, le ventre est souple, non ballonné. La marche est mal assurée, un peu instable et élargie, il existe une danse des jambiers antérieurs en position debout, avec une instabilité majorée à l'occlusion des yeux. La force musculaire est diminuée au niveau des loges antéro-externes, postérieures et des ischio-jambiers. La peau des jambes est fine, dépilée.

Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques aux membres supérieurs, les rotuliens sont faibles, les achilléens abolis. Les réflexes cutanés plantaires sont en flexion. L'étude de la sensibilité retrouve une hypoesthésie en chaussettes des membres inférieurs et des erreurs au sens de position du gros orteil.

Les examens biologiques retrouvent une anémie à 10 g/dl d'hémoglobine avec un VGM à 106 p3, une thrombopénie à 80000/mm³. La VS est à 1 mm à la première. L'électrophorèse des protéines est normale.

1. Classez la symptomatologie neurologique en syndrome.
2. Quel est le siège topographique de la lésion expliquant le déficit moteur ?
3. Quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic du déficit moteur ?
4. Quelles sont les causes des troubles neurologiques observés chez ce patient ?
5. Après 72 heures d'hospitalisation, le patient devient fébrile, trémulant, confus, halluciné. Quels sont les diagnostics que vous évoquez, en précisant les signes cliniques que vous recherchez ?

98 - NORD - DOSSIER N°3

1. Classez la symptomatologie neurologique en syndrome.

-Syndrome neurogène périphérique : déficit moteur (faiblesse et déficit moteur objectif à l'examen clinique), abolition des réflexes achilléens, troubles sensitifs superficiels (hypoesthésie en chaussettes) et profonds (danse des jambiers majorée par l'occlusion des yeux, erreurs au sens de position du gros orteil), troubles trophiques (peau fine et dépilée).

-L'ensemble réalise une atteinte diffuse, distale et symétrique des membres inférieurs : polynévrite sensitivo-motrice des membres inférieurs.

2 Quel est le siège topographique de la lésion expliquant le déficit moteur?

• C'est une atteinte des fibres nerveuses périphériques, initialement les plus longues, d'où le début distal, par une lésion primitivement axonale, myélinique, ou mixte.

3. Quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic du déficit moteur ?

• Un examen est utile pour préciser l'atteinte du nerf périphérique : l'électromyogramme. On réalise l'étude des vitesses de conduction, des amplitudes des potentiels moteurs et sensitifs ; on recherche des signes de dénervation dans les muscles des membres inférieurs à la détection.

4. Quelles sont les causes des troubles neurologiques observés chez ce patient ?

• Causes des polynévrites

- carencielles, nutritionnelles : alcool, carence en B1 (alcool), carence en PP, carence en B6 (Isoniazide)
- métaboliques et systémiques: diabète, insuffisance rénale, amylose, porphyries, cryoglobulinémie, vascularite
- toxiques et médicamenteuses : plomb, arsenic, organophosphorés, Isoniazide (par carence en B6), Vincristine, Cisplatine, antiviraux (DDI, Videx...)
- infectieuses : VIH, Hépatite C, Lyme...
- dysglobulinémiques: myélome...
- paranéoplasiques
- héréditaires.

5. Après 72 heures d'hospitalisation, le patient devient fébrile, trémulant, confus, halluciné. Quels sont les diagnostics que vous évoquez, en précisant les signes cliniques que vous recherchez ?

- En premier lieu, on évoque un delirium tremens. On recherchera les autres signes évocateurs : insomnie, inversion du cycle nyctéméral, syndrome confuso-onirique avec hallucinations visuelles, troubles de l'équilibre et de la coordination, un syndrome général marqué avec de la fièvre, de la tachycardie, des sueurs profuses, et des signes de déshydratation.
- Il faut aussi éliminer une méningite : raideur de nuque, signes de Kernig et de Brudzinski.
- Ou encore une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, avec un tableau neurologique dominé par les troubles de l'équilibre, et les troubles oculomoteurs (nystagmus, parésie du VI parfois bilatérale, voire une grande ophtalmoplégie).

DOSSIER N°4

Madame P., 36 ans, consulte pour un mal être profond. Elle se sent découragée, incapable de remplir ses fonctions de secrétaire de direction. Elle se plaint d'avoir l'esprit flou, de ne pouvoir fixer son esprit. Elle oublie tout si elle ne note pas ses intentions. Elle finit par organiser ses projets de travail mais en y mettant deux fois plus de temps.

Elle a délaissé la lecture et le bridge. Elle n'a aucune envie et d'ailleurs elle ne peut ni lire ni écrire.

Elle souffre de troubles digestifs difficiles à décrire, certains jours elle ne peut pas s'alimenter. Ces jours là, elle pense qu'elle a un cancer, puisque son estomac ne digère plus rien. Elle se demande même si elle n'est pas incurable. Au fond, elle souhaite presque rejoindre son mari, décédé il y a 4 ans, ajoutant que la vie n'a aucun intérêt sans lui.

1. Décrire les symptômes cliniques.
2. Quel est le diagnostic syndromique ?
3. Les parents de la patiente révèlent qu'elle a déjà souffert d'un état identique, il y a douze ans. Un an après la mort de son mari, elle a été hospitalisée pour un état d'excitation comprenant de l'agressivité, de l'insomnie, des achats excessifs de vêtements et des sorties inhabituelles dans les night-clubs. Vers quel diagnostic ces données nouvelles orientent-elles ?
4. Quels sont les risques évolutifs des troubles actuels ?
5. Schématisez le traitement des trois premières semaines.

DOSSIER N°4

1. Décrire les symptômes cliniques.

- Syndrome dépressif sévère : découragement, perte de l'élan vital, troubles de l'attention et de la mémoire, émoussement affectif, dysphorie, plaintes somatiques diverses, anorexie, équivalent suicidaire.
- Et syndrome délirant : avec idées délirantes de la série mélancolique, ébauche d'un syndrome de Cottard (thèmes hypocondriaques, idées d'incurabilité, négation d'organe).

2 Quel est le diagnostic syndromique ?

- Épisode mélancolique : évoqué sur la sévérité du syndrome dépressif et la présence d'idées délirantes.

3. Les parents de la patiente révèlent qu'elle a déjà souffert d'un état identique, il y a douze ans. Un an après la mort de son mari, elle a été hospitalisée pour un état d'excitation comprenant de l'agressivité, de l'insomnie des achats excessifs de vêtements et des sorties inhabituelles dans les night-clubs.

Vers quel diagnostic ces données nouvelles orientent-elles ?

- On s'oriente sur les données de l'examen clinique et de l'interrogatoire de la famille vers une psychose maniaco dépressive de type bipolaire : en effet, il y a déjà eu un épisode mélancolique et un accès maniaque. Ces différents événements ont été séparés par des intervalles libres.

4. Quels sont les risques évolutifs des troubles actuels ?

- On peut craindre à court terme : une résistance au traitement antidépresseur avec persistance des idées mélancoliques; la levée de l'inhibition psychomotrice avec risque de passage à l'acte suicidaire ; un virage de l'humeur (apparition d'un état maniaque).
- Sur le long terme, la survenue de nouveaux accès maniaques ou mélancoliques est à craindre, surtout en l'absence de traitement thymorégulateur.

5. Schématisez le traitement des trois premières semaines.

- Hospitalisation en urgence en service psychiatrique, avec si besoin une mesure de placement en HDT (si pas de consentement aux soins).
- *Traitement antidépresseur avec, de préférence, en l'absence de contre-indication et après un ECG, ANAFRANIL®, en perfusion IVL à doses progressives pour atteindre 150 mg/jour si la tolérance le permet, puis relais per os avec ANAFRANIL® en comprimés à la même dose, au bout de 12 ou 15 jours.
- Association à un traitement neuroleptique, par exemple LARGACTIL® (très anxiolytique), per os 50 à 125 mg/jour.
- Introduction du THÉRALITE® après un bilan pré lithium complet (bilan rénal, thyroïdien, etc.) avec lithiémies régulières pour adapter les posologies.
- Psychothérapie de soutien pendant l'hospitalisation et à la sortie avec bien sûr évaluation du risque suicidaire, de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
- En l'absence d'efficacité du traitement, discuter une sismothérapie (peut aussi se discuter d'emblée).

SOMMAIRE

Dossier N°1 : Une jeune femme ne peut plus faire ses courses.....	7
Dossier N°2 : Une baisse d'acuité visuelle transitoire	9
Dossier N°3 : Une douleur faciale.....	13
Dossier N°4 : Un homme saouï sans avoir bu d'alcool	15
Dossier N°5 : Un syndrome confusionnel	17
Dossier N°6 : Une crise d'épilepsie généralisée	21
Dossier N°7 : Des malaises épigastriques.....	25
Dossier N°8 : Un traumatisme crânien.....	29
Dossier N°9 : Un trouble de la marche	33
Dossier N°10 : Une insomnie	37
Dossier N°11 : Une hémiplégie	41
Dossier N°12 : Une neuropathie.....	43
Dossier N°13 : Une sciatalgie atypique.....	47
Dossier N°14 : Un syndrome parkinsonien	49
Dossier N°15 : Une myasthénie.....	51
Dossier N°16 : Une diplopie en fin de journée.....	55
Dossier N°17 : Un trouble de la marche et une névralgie	59
Dossier N°18 : Une ophtalmoplégie internucléaire.....	61
Dossier N°19 : Une sclérose en plaque.....	63
Dossier N°20 : Un traumatisme crânien	67
Dossier N°21 : Une femme saouïle sans avoir rien bu.....	69
Dossier N°22 : Un homme âgé a « la tremblotte ».....	73
Dossier N°23 : Un bûcheron à la « gueule de travers »	75
Dossier N°24 : Promis, demain j'arrête !.....	79
Dossier N°25 : Elle a fait un bébé toute seule.....	83
Dossier N°26 : Qui a encore dévalisé le frigo	85
Dossier N°27 : Marion, 10 ans, a très mal à la tête	89
Dossier N°28 : Madame Trousseau se plaint de la face	93
Dossier N°29 : Un homme de 35 ans devient bizarre et convulse.....	97
Dossier N°30 : « J'me sens tout mou, mou, si mou »	101
Dossier N°31 : Un nouveau traitement pour monsieur Duparc	105
Dossier N°32 : Papi Mougeot a-t-il vraiment une maladie de Parkinson	109
Dossier N°33 : Une jeune femme se plaint de troubles de l'équilibre	113
Dossier N°34 : Syndrome méningé et altération de l'état général	117
Dossier N°35 : Votre mission : détruire le Bacille de Koch.....	121
Dossier N°36 : Une douleur à dormir debout	125
Dossier N°37 : La femme qui pouvait marcher debout sur des clous à cloche-pied	129
Dossier N°38 : Rien ne va plus	133
Dossier N°39 : Des araignées rouges grimpent sur le pape	137
Dossier N°40 : Tout, tout, tout, vous saurez tout sur le lithium	141
10 dossiers des annales 1991-1998	145

