

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 7

Monsieur G., âgé de 61 ans, consulte aux urgences pour des troubles neuropsychiatriques installés récemment.

Ce patient présente comme principaux antécédents un diabète non insulino-dépendant traité par Glucophage ® (metformine), un tabagisme actif estimé à 25 paquets-années et une consommation quotidienne d'alcool (2 verres de vin rouge).

Le patient exerce la profession de comptable et est accompagné de son épouse qui vous signale que depuis environs 2 semaines M G. présente des troubles attentionnels à type de défaut de concentration avec une tendance inhabituelle à la somnolence. Par ailleurs, Mme. G a noté une modification du caractère de son époux, qui est devenu progressivement irritable avec une tendance à la désinhibition comportementale. Il se serait par ailleurs plaint à plusieurs reprises de céphalées matinales inhabituelles, ne cédant pas au Dafalgan® (paracétamol). Depuis 3 jours, les propos du patient sont devenus de plus en plus incohérents d'après son épouse.

Durant l'examen clinique, le patient est calme mais il vous paraît un peu perplexe. Il ne sait pas où il se trouve ni ce qu'il y fait et est incapable de vous donner la date. Mme G est catastrophée car M G. l'appelle par le prénom de sa mère à plusieurs reprises au cours de l'interrogatoire.

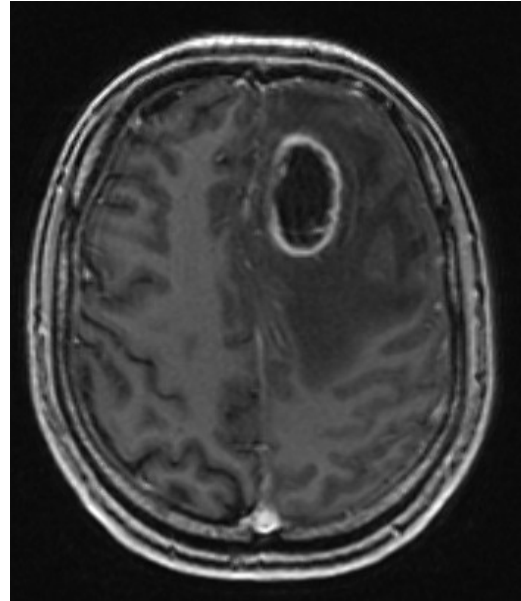
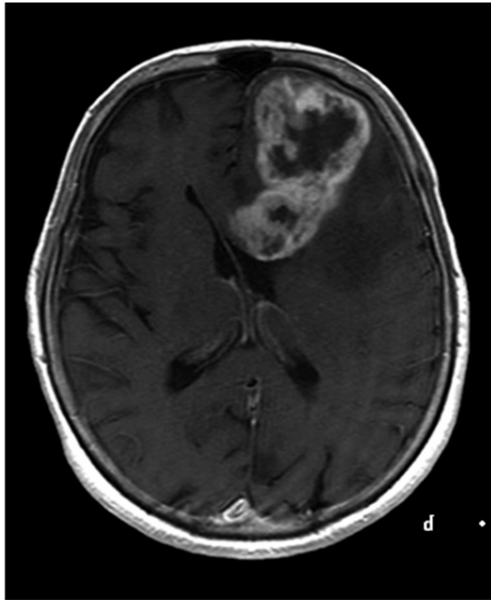
Sa TA est à 150/70 mmHg, son pouls à 70/min, sa température à 37°C. Vous constatez une ecchymose frontale gauche jaunâtre qui selon l'épouse serait la conséquence d'une chute dans les escaliers survenue il y a 3 semaines. L'examen cardiovasculaire est sans anomalie. L'examen neurologique retrouve des réflexes ostéotendineux tous présents mais ceux de l'hémicorps droit sont plus vifs, diffusants et polycinétiques et associés à un signe de Babinski. Vous retenez également une discrète chute du membre supérieur droit à la manœuvre de Barré, accompagnée d'une héminégligence droite. Alors que vous testez sa force musculaire, le patient s'agrippe à vos mains sans que vous ne lui ayez demandé. Vous notez par ailleurs la présence d'un réflexe palmo-mentonnier ainsi que d'une limitation de l'abduction de l'œil droit responsable d'une diplopie binoculaire horizontale. Le patient ne se plaint pas de ses troubles.

Après l'avoir examiné et alors que vous réfléchissez en tapotant nerveusement votre index sur le bureau médical, vous remarquez que le patient réalise le même geste.

Question 1 : Faites l'analyse sémiologique de cette observation. Quels sont les 4 syndromes que vous retenez ?

Question 2 : Quel diagnostic urgent doit être éliminé et par quel examen? Expliquez votre raisonnement diagnostique.

Question 3 : L'examen suivant est réalisé (Figure). Interprétez-le.



Question 4 : Devant le résultat de cet examen, quels sont les 3 diagnostic(s) peut que vous discutez chez ce patient ?

Question 5 : Qu'allez-vous rechercher à l'examen clinique à visée étiologique? Justifiez.

Votre examen clinique ainsi que les examens biologiques et radiographiques standards n'ont pas été contributifs.

Question 6 : Quel examen d'imagerie à visée étiologique, non invasif, envisagez-vous de réaliser ? Quelle précaution particulière devez-vous prendre chez M. G. ?

Alors que vous poursuivez le bilan étiologique, l'état clinique du patient devient préoccupant. Il présente un « malaise » qui débute par une rotation de la tête et des yeux vers la droite puis survient une élévation du bras droit qui se porte en élévation et abduction. Le patient, conscient, répète la même syllabe « babababa... », puis surviennent dans un deuxième temps des contractions rythmiques du bras gauche. Le malaise dure environ 50 secondes. Ces malaises se répètent à trois reprises en une heure, puis, dans l'heure suivante il présente à quatre reprises les mêmes malaises suivis immédiatement de pertes de connaissance avec secousses musculaires des 4 membres de 5 à 10 minutes. Il reste très confus entre chaque épisode.

Question 7 : Quel est votre diagnostic? Décrivez votre prise en charge médicamenteuse immédiate.

Question 8 : Grâce à vos bons soins, l'état de M. G. s'améliore mais des céphalées modérées persistent. Votre externe aux urgences vous propose de « flasher » le patient par un bolus de corticoïdes intraveineux. Que lui expliquez-vous ?