

# ECN INTERREGIONAL 2009

## DOSSIER N°5

Monsieur C...., âgé de 38 ans, consulte aux urgences pour des céphalées intenses depuis 48 heures. Ce patient d'origine Marocaine n'a pas d'antécédents familiaux particuliers. Il présente comme antécédents personnels un tabagisme évalué à 7 paquet-années, une phlébite du membre inférieur gauche, il y a 5 ans, survenue dans un contexte d'immobilisation pour entorse de cheville. Il présente également une quasi cécité de l'œil gauche séquelle d'une uvéite antérieure aiguë survenue il y a 1 an pour laquelle le bilan étiologique prescrit n'avait pas été réalisé par le patient. Le patient, marié et père d'une fillette de 3 ans en bonne santé, exerce la profession de garde forestier depuis 10 ans. Il ne prend aucun traitement hormis du paracétamol pour des lombalgies chroniques mal calmées par les antalgiques qu'il évite d'ailleurs de prendre car « cela lui donne des aphtes dans la bouche ». L'épouse du patient vous signale discrètement l'existence de lésions génitales érosives évoluant également par poussées depuis environ 1 an. Depuis 2 jours, le patient souffre de céphalées diffuses, en étai, quasi permanentes, maximales le matin au réveil. Elles sont d'intensité croissante depuis quelques jours et associées à des nausées et à un épisode de vomissements ce jour. Il est fatigué et a du mal à se concentrer.

### Question 1

**Qu'évoquez-vous devant ces céphalées ? Dans cette hypothèse quels autres signes cliniques recherchez-vous ? Justifiez.**

Votre examen clinique retrouve un patient conscient mais somnolent avec une température corporelle à 37.5 °C, une tension artérielle à 15/7, un pouls à 100/minutes. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur, ni de syndrome méningé. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, symétriques, non diffusants. Il n'y a pas de paralysie oculo-motrice. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple sans organomégalie.

Vous pratiquez un scanner cérébral sans injection qui ne montre qu'un œdème cérébral diffus avec des ventricules amincis et des sillons corticaux peu visibles, sans autre anomalie.

### Question 2

**Quel diagnostic neurologique évoquez-vous devant ces céphalées d'après la clinique actuelle et l'imagerie (sans tenir compte des antécédents)? Justifiez.**

### Question 3

**Comment confirmez-vous votre hypothèse diagnostique ? Décrivez les résultats attendus des examens paracliniques que vous réalisez pour confirmer votre hypothèse diagnostique positive devant ce tableau neurologique.**

### Question 4

**Votre hypothèse diagnostique est confirmée. Quels sont les principes de votre prise en charge thérapeutique ?**

Dans les heures qui suivent la mise en place de votre traitement, l'état neurologique de Mr C... se dégrade avec l'installation rapide d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs bilatéral avec un déficit moteur de la jambe droite puis de la gauche.

**Question 5**

**Qu'évoquez-vous devant cette aggravation ? Quels sont les examens à pratiquer et les résultats à en attendre ?**

**Question 6**

**Quels sont les principes de votre prise en charge thérapeutique devant cette aggravation ?**

**Question 7**

**D'après ses antécédents, quelle maladie causale suspectez-vous chez ce patient ? Justifiez.**

**Question 8**

**En faisant abstraction du contexte neurologique actuel, mais en tenant compte des antécédents, citez trois autres étiologies qui pourraient expliquer l'uvéite antérieure aiguë présentée, il y a 1 an, par le patient ? Justifiez.**