

# 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 séquellaire 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.**

## ECN INTERREGIONAL 2009

### DOSSIER N°5

#### REPONSES

1) Qu'évoquez-vous devant ces céphalées ? Dans cette hypothèse quels autres signes cliniques recherchez-vous ? Justifiez. **(20 points)**

Syndrome d'hypertension intracrânienne (HTIC)	5
On recherchera des signes cliniques évocateurs d'HTIC :	nc
Céphalées augmentées par les efforts et en position couchée	2
Vomissements en jet, soulageant la céphalée	2
Ralentissement psychique, voire syndrome confusionnel :	nc
sommolence ou troubles de la vigilance, désorientation spatiale et temporelle	nc
Diplopie, notamment par paralysie du VI	2
Baisse d'acuité visuelle récente évocatrice d'un œdème papillaire	3
Recherche au fond d'œil d'un œdème de stase	4
Signes orientant vers une étiologie à l'HTIC *	1
Signes de gravité: Evaluation du risque d'engagement**	1

*\*Exposition à des toxiques (CO, plomb) ou médicaments (dérivés de la vitamine A, cyclines, corticoïdes) inducteurs d'HTIC, signes de localisation évoquant un processus expansif intracérébral, crises convulsives...*

*\*\* Aggravation des troubles de vigilance voire coma, troubles végétatifs (tachy-bradycardie, HTA, hypothermie..., troubles respiratoires, anomalie pupillaire (notamment mydriase unilatérale)*

*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-motrices. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple sans organomégalie.*

2) 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. Quel diagnostic neurologique évoquez-vous devant ces céphalées d'après la clinique actuelle et l'imagerie (sans tenir compte des antécédents)? Justifiez. **(15 points)**

Thrombophlébite cérébrale évoquée devant	5
La clinique :	nc
Sujet jeune	1
Syndrome d'HTIC	1
Rapidement évolutif	1
Isolé cliniquement	nc
Le scanner cérébral:	nc
Oedème cérébral	1
sans lésion focalisée visualisée	6

*Les antécédents du patient sont par ailleurs évocateurs d'une pathologie systémique prothrombogène de type maladie de Behcet*

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. **(15 points)**

Imagerie par résonance magnétique (IRM) encéphalique	5
avec séquences parenchymateuses* et des séquences en écho de gradient (T2*)	nc
et surtout avec des séquences d'angio-RM veineuse	5
A la recherche d'une thrombophlébite cérébrale révélée par:	nc
la non visualisation d'un sinus veineux sur les coupes d'angioRM veineuse	5
une image de veine thrombosée en hypersignal sur les séquences T1	2
et en hyposignal sur les séquences T2*	1
En cas de d'IRM non disponible ou contre-indiquée ou douteuse :	nc
Artériographie cérébrale avec temps veineux tardifs à la recherche:	nc
d'une non perfusion traduisant la thrombose veineuse	nc
d'un sinus veineux et/ou d'une veine corticale	nc

\* T1, T2, T1 avec et sans injection de gadolinium

*On recherchera également une image d'infarctus cérébral veineux compliquant éventuellement la thrombophlébite.*

4) Votre hypothèse diagnostique est confirmée. Quels sont les principes de votre prise en charge thérapeutique ? **(15 points)**

Hospitalisation en urgence	1
Conditionnement : pose d'une voie veineuse périphérique	1
Traitement spécifique décoagulant par héparinothérapie IV à la seringue électrique	4
Objectif : TCA entre 1.5 et 2 fois le témoin	nc
Puis relais par antivitamines K oraux poursuivis au moins 6 mois	2
Traitement de l'hypertension intracrânienne :	1
Tête surélevée du plan du lit à 30°	2
Mannitol en perfusion intra-veineuse	2
Traitement symptomatique : antalgique et anti-émétique	1
Kinésithérapie motrice précoce	1
Surveillance	nc
Clinique: constantes, neurologique, fond d'œil, complications hémorragiques	nc
Biologique : TCA puis TP et INR, numération plaquettaire, hémoglobine, ionogramme	nc
Radiologique : scanner cérébral à 48 heures et IRM cérébrale à 3 mois	nc

*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.*

5) Qu'évoquez-vous devant cette aggravation ? Quels sont les examens à pratiquer et les résultats à en attendre ? **(10 points)**

Œdème de stase d'origine veineuse par thrombose du sinus longitudinal supérieur	2
Ou infarctus veineux hémorragique	3
Sur le scanner non injecté, on s'attend à voir :	3
Une hypodensité frontale médiane bilatérale sans systématisation artérielle ou une hyperdensité si hémorragie (IRM est acceptée)	2