

**MODULE OPTIONNEL
« STRATEGIE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES »**

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
CORRIGE DES DOSSIERS CLINIQUES
ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 – 2013
1ERE SESSION –18 AVRIL 2013**

Dossier clinique n ° 1 (Professeur Christiane BROUSSOLLE)

* Question n° 1 : Quelles sont les principales causes de nodules thyroïdiens?

- Adénomes vésiculaires:
 - macrovésiculaire (colloïde)
 - microvésiculaire, trabéculaire, à cellules oxyphiles, atypique
- Kystes:
 - colloïde, simple, hémorragique
- Thyroïdites:
 - aiguë et subaiguë (granulomateuse)
 - lymphocytaire de type Hashimoto
 - de Riedel
- Carcinomes
 - carcinome papillaire
 - carcinome vésiculaire
 - carcinome médullaire
 - carcinome anaplasique
 - LMNH
 - métastases (rein, sein...)

* Question n° 2 : Quelles données recherchez vous à l'interrogatoire pour orienter la stratégie des examens complémentaires devant ce nodule thyroïdien ?

- Antécédents familiaux: dysthyroïdie, NEM, cancer thyroïdien non étiqueté
- Antécédents en faveur de la malignité:
 - Irradiation cervicale dans l'enfance, radiothérapie pour maladie de Hodgkin, cancer du sein, cancer ORL
- Signes cliniques:
 - Ancienneté et évolutivité du nodule
 - Douleur cervicale, fièvre
 - Signes de compression: dyspnée, dysphonie, toux, troubles de la déglutition, fausses routes, dysphagie
 - Signes d'hyper- et d'hypothyroïdie
 - Diarrhées et flush (carcinome médullaire)

* Question n° 3 : Quels signes recherchez vous à l'examen clinique du nodule et à l'examen clinique cervical pour orienter la stratégie des examens complémentaires devant ce nodule thyroïdien ?

- Palpation cervicale:
 - siège, consistance, dimensions, sensibilité, contours du nodule; état du parenchyme thyroïdien; ADP

* Question n° 4 : L'interrogatoire et l'examen clinique cervical et général ne vous apportent aucun élément d'orientation. Quels examens complémentaires indiquez-vous ? Détaillez ces examens et argumentez votre réponse.

Dosage de TSH :

- basse : dosage de T3I et T4I
- élevée : dosage de T4I et recherche d'AC-anti-TPO
- normale

Echographie cervicale :

- Taille, épaisseur, contours, échostructure de chaque lobe et de l'isthme
- Confirme le diagnostic de nodule:
 - Nombre: nodule unique ou dystrophie plurinodulaire uni- ou bilatérale
 - Taille
 - Situation exacte
 - Échostructure: mixte, solide, liquide
 - Echogénicité: iso-, hyper-, hypo-, ou anéchogène
 - Netteté des contours
 - Aspect du parenchyme adjacent
- Recherche des anomalies ganglionnaires
- Recherche d'une déviation trachéale
- Recherche du caractère plongeant d'un goitre
- Cancer plus volontiers:
 - Mal limité, à contours irréguliers
 - Hypoéchogène
 - Siège de petites calcifications
 - Hypervasculaire
 - Adénopathies > 1 cm, globuleuses, hypoéchogènes, hypervascularisées, sans visualisation correcte du hile
- Aucun critère échographique n'est suffisamment fiable pour permettre un diagnostic de malignité

Ponction cytologique à l'aiguille fine :

- Examen clef
- Avec ou sans échographie
- Avec ou sans aspiration
- Nodules palpables ou suspects en échographie, > 1 cm
- Performances dépendent de la qualité et de l'expérience du médecin qui ponctionne et du cytologiste
- 2 à 4 ponctions par nodule
- Sans anesthésie locale
- Complications rares: hématome (Tt anticoagulant)
- Analyse des cellules du nodule; évacuation d'un kyste
- A répéter si non significative (nombre insuffisant de cellules)
- Résultats:
 - cytologie bénigne (65 à 75 %),
 - maligne (5 à 10 %): indication chirurgicale formelle
 - douteuse (10 à 30 %): indication chirurgicale à visée diagnostique

Scintigraphie thyroïdienne

- Place dans la stratégie d'exploration des nodules est controversée, indiquée principalement si TSH basse
- Isotope: iode 123 ou technétium
- Classe les nodules:
 - froids (hypofixants)
 - chauds (hyperfixants, 15 à 20 % des nodules)
- Nodules chauds: pratiquement toujours bénins
- Scintigraphie avant ponction cytologique: évite une ponction si nodule hyperfixant
- Contre-indication: grossesse, allaitement

Dossier clinique n ° 2 (Professeur Pascal SEVE)

Question 1

Comment qualifieriez vous l'épisode de la veille ? Quels éléments d'orientation pouvez vous retenir ?

Syncope d'effort

Perte de connaissance avec perte du tonus postural

Durée très brève

Absence de prodrome

Absence de déficit post-critique

Question 2

Décrivez l'ECG

Rythme sinusal (ou espace PR normal)

Bloc de branche gauche complet

Question 3

Quels éléments de l'examen et de l'anamnèse orientent vers une étiologie cardiovasculaire ?

Souffle cardiaque connu depuis longtemps.

Survenue à l'effort

Durée brève

Absence d'élément pour une cause neurologique ou comitiale

Question 4

Quelles sont les 3 principales hypothèses diagnostiques cardiovasculaires que vous émettez ? Justifiez chaque hypothèse par les trois arguments qui vous semblent les plus pertinents

1/Retrecissement aortique serré

- Souffle systolique maximal au foyer aortique + abolition de B2
- Syncope d'effort
- Possible syndrome angineux d'effort négligé

2/ Bloc auriculo-ventriculaire complet paroxystique

- ECG anormal avec trouble conductif de branche gauche
- Survenue brutale et brève
- Peut être associé au RA

3/ Hypotension orthostatique

- Bi-thérapie antihypertenseur
- Syndrome anémique normocytaire
- Maladie de Parkinson et traitement par levodopa

Question 5

A ce stade de la consultation comment comptez vous organiser la suite de la prise en charge de Mme S ? Justifiez. Quel examen complémentaire est indispensable?

Hospitalisation en milieu cardiologique

Surveillance téléométrique
En urgence

Suspicion de syncope cardiaque

L'échographie cardiaque transthoracique

NB :
La suspicion d'un rétrécissement aortique syncopal comme celle d'un bloc auriculoventriculaire paroxystique sont des urgences immédiates

L'échographie cardiaque transthoracique doit être réalisée sans délai et permettra de confirmer le diagnostic de RA serré, d'évaluer la fonction ventriculaire gauche et les index de débit cardiaque, l'existence éventuelle d'autres valvulopathies et une éventuelle hypertension pulmonaire associée.

Le Holter ECG ou l'étude électrophysiologique du faisceau de His ne sont pas des options à ce stade mais pourront être discutés après le remplacement valvulaire aortique

La recherche d'une Hypotension orthostatique au cabinet est nécessaire mais en cas de positivité ne doit pas éliminer les 2 items précédents

ATTENTION : SI ABSENCE D'HOSPITALISATION ZERO A LA QUESTION

Question 6

Si le diagnostic est confirmé, quelle option thérapeutique devra être discutée ?

Remplacement valvulaire aortique (chirurgical ou percutané)
(+/-pose d'un pace maker dans les suites si trouble conducteur associé)