Extrait gratuit : testez-vous !

dossiers D4 par pôle

Collection dirigée par Florian Naudet et Benjamin Bajer

Florian Naudet - Léorah Freeman-Bosqué
Eric Jouvent - Mohamed El Sanharawi

Neurologie Psychiatrie Gériatrie

Saison 1 – 2e édition

« 24 dossiers D4 par pôle »
pour réussir vos ECN et votre classement !

Préparation aux ECN
24 dossiers transversaux
de 1 heure avec :

- grilles de réponses
- notation sur 100 points
- commentaires, conseils

EDITIONS

Dossier N°23

Madame C, 48 ans, vous est adressée par son médecin traitant pour « suspicion de maladie de Charcot ». Elle présente depuis maintenant 2 mois une modification de la voix. Celle-ci est en effet nasonnée et Madame C est, d'après son époux de plus en plus difficile à comprendre. Plus récemment sont apparus des troubles de la déglutition, allant aussi en s'aggravant. Depuis quelques jours elle se plaint de quintes de toux brutales lors des repas : « je manque de m'étouffer à chaque bouchée, et il faut que mon mari me tape dans le dos ! ».

Question N°1

Quels éléments d'interrogatoire et d'examen recherchez-vous pour orienter votre enquête diagnostique et guider votre prise en charge ?

Question N°2

Lors de votre examen vous notez un ptosis unilatéral de l'œil droit. Madame C vous explique que cela fait plusieurs mois qu'elle est aussi gênée par la chute de sa paupière, et parfois par un phénomène de vision double surtout en fin de journée. Comment complétez-vous votre examen ophtalmologique ?

Question N°3

Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question N° 4

Connaissez-vous un moyen rapide de renforcer votre suspicion diagnostique ? Détaillez.

Question N°5

Votre démarche s'avère positive. Quelle est votre attitude au décours de cette consultation ?

Question N°6

Quel bilan prévoyez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

Question N°7

L'état clinique de Madame C s'améliore grâce à votre prise en charge. Les fausses routes se sont amendées. Persistent quelques difficultés d'élocution en fin de journée, sans signes de gravité. Quelle est votre attitude thérapeutique au long cours ?

Question N°8

Quelle information vous parait-il nécessaire de dispenser à Madame C concernant sa maladie ?

Vous avez 1 heure pour répondre aux questions de ce dossier.
Bon courage !

Après correction, évaluez votre niveau en situation des ECN.

Cotation moyenne aux dossiers en fin de D3	Cotation moyenne aux dossiers en fin de D4	Niveaux ECN
< 40 pts	< 60 pts	Niveau insuffisant pour passer l'ECN dans de bonnes conditions
40 à 50 pts	60 à 70 pts	Niveau acceptable pour réussir l'ECN Classement aléatoire entre 3000 et 5000
50 à 60 pts	70 à 80 pts	Niveau bon pour réussir l'ECN Classement aléatoire entre 1000 et 2000
60 à 75 pts	80 à 90 pts	Niveau très bon pour réussir l'ECN Classement dans les meilleurs < 1000
75 à 100 pts	90 à 100 pts	Niveau excellent pour réussir l'ECN Classement au top < 200

Vos réponses :

Dossier N°23 : Corrections

Question N°1
Quels éléments d'interrogatoire et d'examen recherchez-vous pour orienter votre enquête diagnostique et guider votre prise en charge ? (20)

L'association d'une dysphonie et d'une dysphagie oriente vers un dysfonctionnement de la sphère bulbaire, en rapport avec une atteinte du système neurogène périphérique, des muscles d'innervation bulbaire ou de la jonction neuromusculaire. Une atteinte de la commande centrale peut dans certains cas mimer ce dysfonctionnement bulbaire. C'est ce que l'on appelle le syndrome pseudo-bulbaire.

En faveur d'une atteinte centrale on recherchera un syndrome pseudo-bulbaire : (2)
- Rires et pleurs spasmodiques.
- Vivacité du réflexe masséterin.
- Apraxie bucco-faciale.

On recherchera dans ce cadre la coexistence d'un syndrome pyramidal au niveau des membres.

En faveur d'une atteinte neurogène périphérique on recherchera un syndrome bulbaire :
- Atrophie linguale. (2)
- Fasciculations linguales. (2)
- Abolition du réflexe nauséeux. (2)

On recherchera aussi des signes d'atteinte neurogène périphérique au niveau des membres (amyotrophie, fasciculations, abolition ou diminution des ROT).

En faveur d'une atteinte de la jonction neuromusculaire, on précisera :
- Prise de certains médicaments susceptibles d'altérer la transmission neuromusculaire. (2)
- Notion de fatigabilité (2) : majoration des symptômes en fin de journée, extinction de la voix en fin de consultation.
- Signes classiques associés notamment oculaires (2) : ptosis, diplopie intermittente.

En faveur d'une atteinte musculaire, on recherchera :
- Antécédents familiaux de myopathie. (2)
- Myalgies.
- Amyotrophie.

Il est important de rechercher des signes de gravité associés comme l'existence de troubles respiratoires : (4)
- Dyspnée d'effort ou de repos (faire compter en apnée).
- Inefficacité de la toux.
- Encombrement bronchique.
- Mesure de la capacité vitale.

Question N°2
Comment complétez-vous votre examen ophtalmologique ? (8)

On complètera notre examen ophtalmologique par :
- Evaluation de la fatigabilité musculaire : majoration du ptosis à la fermeture répétée des yeux. (2)
- Test au glaçon (2) : on applique un glaçon enveloppé dans une compresse sur la paupière occluse pendant 5 minutes. Si le test est positif, le ptosis disparaît transitoirement.
- Examen de la motilité oculaire dans les différentes positions du regard (2) : recherche d'une ophtalmoplégie.
- Test au verre rouge, facilement réalisable en consultation.
- Exploration de la motricité intrinsèque. (2)

Question N°3
Quel diagnostic suspectez-vous ? Que craignez-vous ? (12)

Myasthénie (4) auto-immune (2) généralisée (2) sévère de l'adulte avec atteinte laryngo-pharyngée sans signes respiratoires.

L'aggravation récente avec apparition de fausses routes doit faire craindre l'évolution vers une crise aiguë myasthénique. (4)

Question N° 4
Connaissez-vous un moyen rapide de renforcer votre suspicion diagnostique ? Détaillez. (6)
Réalisation d'un test pharmacologique par anticholinestérasique d'action rapide (TENSILON®) : (4)
- Injection intraveineuse lente du produit, précédée d'une injection préliminaire d'atropine afin d'éviter les effets secondaires muscariniques du produit.
- En cas de positivité (régression transitoire des signes cliniques), l'effet survient en moins d'une minute. (2)
- La négativité du test n'élimine pas le diagnostic.

Question N°5
Votre démarche s'avère positive. Quelle est votre attitude au décours de cette consultation ? (14)
- Hospitalisation en urgence (2, oubli=0) dans un service proche d'une réanimation neurologique en raison du risque respiratoire.
- Mise en condition : arrêt de l'alimentation orale (2) et mise en place d'une sonde nasogastrique (2), voie veineuse périphérique.
- Traitement des facteurs déclenchants (2) : traitement d'un foyer infectieux, arrêt de médicaments susceptibles d'altérer la jonction neuromusculaire.
- Traitement par anticholinestérasiques par la SNG. (2)
- Un traitement par échanges plasmatiques ou immunoglobulines IV devra être discuté avec une équipe spécialisée.
- Surveillance rapprochée (4) (oubli=0) de l'état respiratoire et intubation ventilation si nécessaire : mesure de la capacité vitale quotidienne, faire compter en apnée.

Question N°6
Quel bilan prévoyez-vous ? Qu'en attendez-vous ? (14)

Le bilan du diagnostic positif comprend :
- Electromyogramme de détection et stimulodétection des 4 membres et de la face (2) : apparition d'un décrément (2) lors de la stimulation répétitive d'un nerf à de basses fréquences de stimulation (3 Hz) avec diminution de l'amplitude du potentiel d'action > 10% au 5e potentiel. Un EMG normal n'élimine cependant pas le diagnostic.
- Anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine (2) : positifs chez 85 à 90% des malades avec myasthénie généralisée (et 50% de ceux avec une atteinte oculaire isolée).

Gaz du sang artériels (2, oubli=0) et mesure de la capacité vitale au lit.

Recherche d'un facteur déclenchant infectieux : NFS, VS, CRP, BU et ECBU, radiographie thoracique. (2)

TDM thoracique à la recherche d'un thymome. (2)

Bilan auto-immun à la recherche de pathologies associées (2) (présentes dans 10-15% des cas) : TSH, T4, anticorps antithyroïdiens, dosage de la vitamine B12, AC antifacteur intrinsèque, anticellule pariétale gastrique, FAN, Anti-DNA natifs, Anti SSA, SSB, Latex-Waaler Rose.

Question N°7
Quelle est votre attitude thérapeutique au long cours ? (12)
La prise en charge thérapeutique sera ambulatoire avec suivi régulier par un neurologue. Cette prise en charge comprendra :
- Traitement symptomatique par anticholinestérasiques (pyridostigmine MESTINON®) (4) : instauration progressive, prise à jeun, ne jamais arrêter le traitement brutalement.
- Thymectomie (2) systématique en cas de thymome, sinon à discuter.
- En cas de mauvais contrôle de la maladie par les anticholinestérasiques seuls, instauration d'un traitement immunosuppresseur : (2) corticothérapie, immunosuppresseurs cytolytiques (aziathioprine).
- Soutien psychologique. (2)
- Port d'une carte de myasthénique.
- Surveillance neurologique régulière et rapprochée. (2)

Question N°8
Quelle information vous parait-il nécessaire de dispenser à Madame C concernant sa maladie ? (14)
L'information que nous dispenserons à Madame C portera sur :

- Le mode évolutif de cette affection : « poussées » entrecoupées par des périodes de rémissions initialement, pouvant laisser persister un handicap permanent. (2)
- L'enseignement des signes d'alarme justifiant une consultation en urgence. (2)
- L'apprentissage des contre indications médicamenteuses. (4) (oubli=0)
- L'auto-adaptation des doses d'anticholinestérasiques en cas de poussée. (2)
- L'apprentissage des signes de surdosage en anticholinestérasiques. (2)
- La nécessité du port d'une carte de myasthénique. (2)

Commentaires

Question N°1

Comme toujours en neurologie, l'étape du diagnostic syndromique et topographique est essentielle. Organisez toujours vos réponses à ce type de question dans ce sens. Premièrement cela vous permet de ne rien oublier. Mais cela permet aussi de montrer à l'examinateur votre mode de réflexion et d'éviter de lui proposer une liste d'items imbuvables et sans liens les uns avec les autres.
Par ailleurs, il est important de toujours terminer votre réponse par la recherche de signes de gravité qui vous amèneront à modifier votre prise en charge immédiate.

Question N°2

Le phénomène de fatigabilité musculaire est l'élément clé du diagnostic de myasthénie.
L'association ptosis uni- ou bilatéral et diplopie est très évocatrice.

Question N°3

Se limiter au terme de myasthénie est nettement insuffisant. N'oubliez pas de préciser le mécanisme et le degré de gravité.
La crise aiguë myasthénique est l'urgence vitale à craindre. Elle se manifeste par l'apparition de signes respiratoires dans un contexte d'aggravation récente des signes cliniques, notamment des troubles de la déglutition. L'escalade clinique, notamment sur le plan laryngo-pharyngé, dans laquelle s'inscrit cette patiente doit faire craindre cette complication et justifie une hospitalisation en urgence à proximité d'une réanimation.

Question N°4

Le test au Tensilon est effectué de manière courante en pratique clinique, car de réalisation rapide. Il peut cependant être pris à défaut.

Question N°5

N'oubliez pas de préciser le degré d'urgence de votre prise en charge ni le milieu d'hospitalisation.
Réflexe à avoir devant des troubles de la déglutition avec fausses routes, quelqu'en soit la cause : arrêt de l'alimentation orale et SNG !
L'aggravation clinique récente d'un syndrome myasthénique doit impérativement faire rechercher et traiter des facteurs déclenchants, notamment iatrogènes.
Enfin, n'oubliez pas la surveillance, surtout respiratoire (à détailler)!

Question N°6

Question classique. Epargnez à votre correcteur la liste d'examens longue comme le bras. Il vous est demandé de savoir justifier chaque examen prescrit. La mesure de la capacité vitale au lit et les informations données par les gaz du sang sont des éléments pouvant être obtenus sur les EFR. Mais on n'envoie pas une myasthénique « qui va mal » au point de l'hospitaliser, dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles respiratoires, comme on le fait dans les pathologies chroniques.

Question N°7

Question assez vague à laquelle il faut savoir répondre de manière concise et précise, en présentant les différentes possibilités thérapeutiques de première et seconde intention.
La carte de patient et le soutien psychologique sont des « classiques » de la prise en charge des maladies chroniques à savoir placer.

Question N°8

Toute réponse à une question d'information et d'éducation d'un malade atteint de maladie chronique devra être organisée de la manière suivante :

- *Information sur l'évolution naturelle de la maladie*

- *Apprentissage des signes de gravité justifiant une consultation en urgence*
- *Apprentissage des facteurs déclenchants*
- *Apprentissage de l'adaptation du traitement et de ses complications*
- *Port de carte (ne pas hésiter à replacer certains éléments à deux questions successives !)*

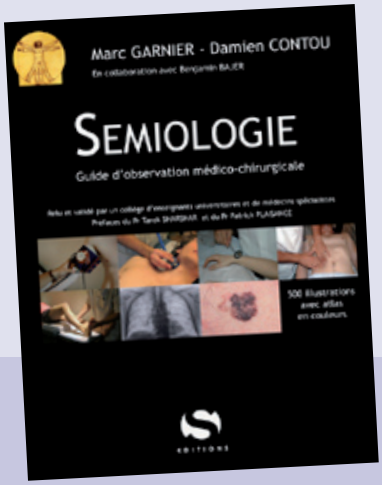
Items DCEM : 1, 263, 304, 308, 337

« Collection : 24 dossiers D4 par pôle »
Pour réussir vos ECN et votre classement !

Titres disponibles dans la collection : Appareil digestif 2e ed • Appareil locomoteur 2e ed • Cancérologie - Hématologie 2e ed • Cardiologie - Pneumologie - Anesthésie - Réanimation 2e ed • Endocrinologie - Métabolisme - Néphrologie - Urologie • Immunologie - Dermatologie - Maladies infectieuses • Mère et Enfant 2e ed • Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2e ed • Santé publique - Apprentissage de l'exercice médical 2e ed • Tête et cou 2e ed.

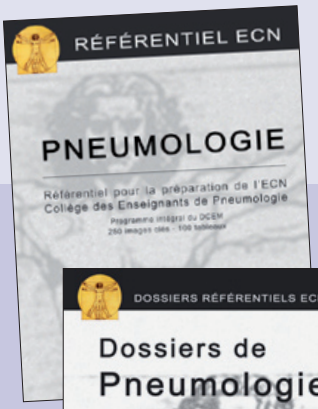
S-éditions : de la validation des partiels à la réussite des ECN

D1

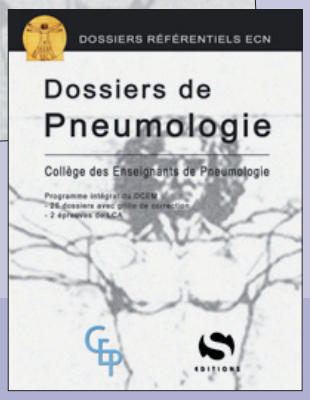


◂ **Sémiologie :** à partir de P2.
Relu et validé par un collège d'enseignants universitaires et de médecins spécialistes.
+ de 500 illustrations.

Pneumologie : à partir de D2.
Le référentiel national de préparation de l'ECN.
Rédigé par le collège national de pneumologie. ▾



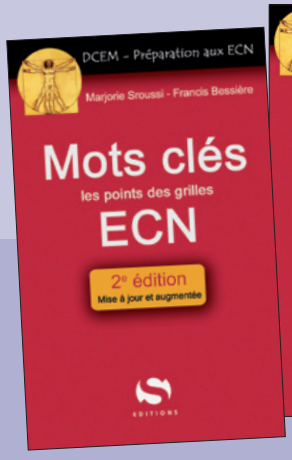
D2

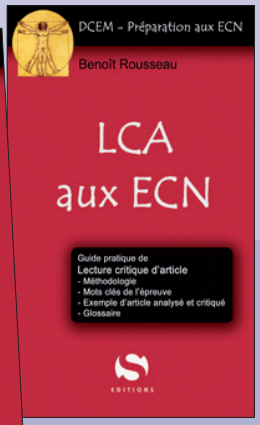


▲ **Coll. Comprendre par les dossiers D2/D3 :** à partir de D2.
Tous les items du programme DCEM traités en dossier pour consolider vos acquis et valider vos partiels.

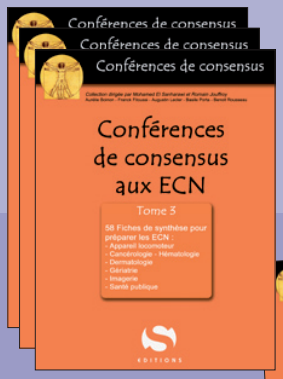
▲ **Dossiers de Pneumologie** : à partir de D2.
Dossiers référentiels ECN.
Rédigé par le collège national de pneumologie.

D3

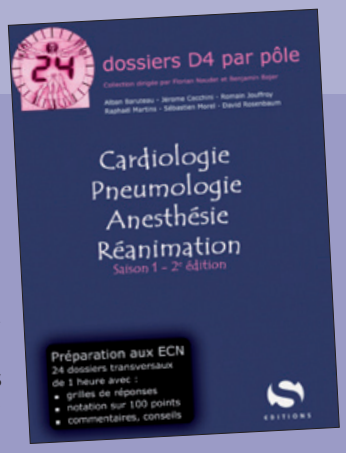




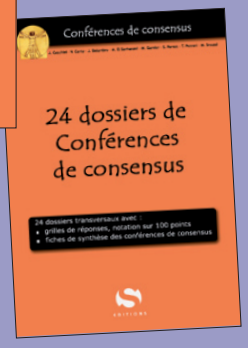
▲ **Coll. ECN préparation :**
à partir de D3.
Gagnez du temps et des points.
Tous les trucs et astuces des conférenciers.



D4



Coll. 24 dossiers D4 par pôle :
à partir de D3.
Dossiers transversaux « dernier tour » de mise en situation réelle aux ECN.
Toutes les difficultés et les pièges détaillés par les conférenciers. ▸



Coll. ECN consensus :
à partir de D3.
Fiches de synthèse et dossiers de conférence de consensus indispensable pour se préparer aux ECN. ▸

EDITIONS
www.s-editions.com

Ce dossier est offert par :

WWW.REMEDE.ORG
Communauté Médicale & Paramédicale Indépendante