



Sujets d'examens de médecine

ECN blancs - 2013

Annales de l'Université Lyon 1

Faculté de médecine Lyon Est

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 1

Un touriste âgé de 37 ans, sans antécédents particuliers, est rapatrié du Sénégal pour une fièvre à 40°C associée à un état confusionnel et des sueurs profuses. A l'examen clinique, on note un subictère conjonctival, une tachycardie, une polypnée, et une hépatosplénomégalie molle à 2TD. La pression artérielle est mesurée à 100/60mmHg.

Pouls à 125/mn. Depuis plusieurs jours, il décrivait des céphalées, des troubles digestifs avec de la fièvre. Aucune mesure prophylactique n'avait été mise en place pour ce voyage.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Argumentez.

Question 2 : Dans ce contexte, citez les principaux diagnostics différentiels de confusion fébrile.

Question 3 : Dans ce contexte, citez les principaux diagnostics différentiels d'ictère fébrile.

Question 4 : Devant ce tableau, citez les critères de gravité à rechercher engageant le pronostic.

Question 5 : Quel traitement instaurez-vous ?

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 2

Monsieur D. âgé de 85 ans est amené en consultation par sa fille. Cette dernière trouve que son père a beaucoup maigri depuis 6 mois date à laquelle il s'est installé en maison de retraite.

Parmi les antécédents de Mr D. on note :

- Un diabète de type 2 pour lequel le patient ne reçoit actuellement plus de traitement
- Un accident vasculaire cérébral 5 ans auparavant dont le patient n'a pas de séquelle ; depuis il prend un sachet d'aspirine 250 mg par jour
- Une prothèse totale de hanche mise en place 7 ans auparavant

Suite au décès de sa femme, Mr D est allé vivre en maison de retraite. Il reconnaît qu'il mange moins car il fait moins d'exercice depuis 6 mois et qu'il a donc moins d'appétit. Il se plaint aussi de l'alimentation de la maison de retraite et dit qu'il a du mal à avaler la nourriture qu'on lui propose. Les aliments sont trop secs et restent coincés dans l'œsophage. Par conséquent, il a cessé de manger le pain et la viande.

A l'examen, Mr D mesure 1,70 m et pèse 58 kg (IMC = 20 kg/m²) alors qu'il pesait 65 kg il y a 6 mois. Il présente une pâleur cutanéomuqueuse. Les bruits du cœur sont réguliers. Il n'y a pas de signe de décompensation cardiaque. L'abdomen est souple à la palpation.

Question 1 : Sur les données cliniques, quel est l'état nutritionnel de Mr D ? Justifiez. Quel examen biologique demandez-vous pour évaluer l'état nutritionnel du patient ?

Question 2 : Quelles sont les causes possibles de cet état nutritionnel chez ce patient ?

Le bilan biologique sanguin montre :

Globules blancs 5.90 G/l
Hémoglobine 95 g/l
Volume globulaire moyen 77 fl
Plaquettes 252 G/l
Sodium 139 mmol/l
Potassium 4.2 mmol/l
Protéines 55 g/l
Urée 2.3 mmol/l
Créatinine 57 µmol/l
Glucose 5.4 mmol/l

Question 3 : Au vu des résultats biologiques, des données de l'interrogatoire et de l'examen physique, quel examen complémentaire demandez-vous en première intention ? Justifier.

Cet examen s'avère normal.

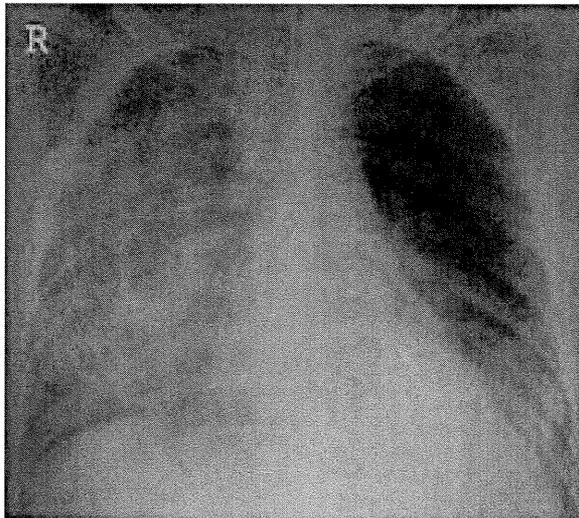
Question 4 : Quelles sont les causes possibles de l'anémie de Mr D ?

L'ensemble du bilan d'anémie s'avère négatif. Un traitement martial et des compléments nutritionnels sont prescrits à Mr D.

Mr D. revient vous voir en consultation 2 mois plus tard. Il a encore perdu 2 kg (poids 56 kg). Il signale des troubles de plus en plus fréquents pour s'alimenter. Il décrit une dysphagie aussi bien pour les liquides que pour les solides. Il localise la sensation de blocage au niveau du bas œsophage. Vous suspectez un trouble moteur de l'œsophage.

Question 5 : Quel(s) examen(s) peu(ven)t être proposé(s) pour confirmer ce diagnostic ?

Ces examens confirment le diagnostic d'achalasia de l'œsophage. Vous décidez d'hospitaliser Mr D. pour une dilatation pneumatique du cardia sous contrôle endoscopique. A l'arrivée dans le service Mr D. est fébrile à 38.5°C. Il est dyspnéique. Il dit avoir beaucoup toussé la veille au soir alors qu'il mangeait sa soupe. Une radiographie de poumon de face est réalisée en urgence.



Question 6 : Quel est votre diagnostic ?

Question 7 : Quel traitement instaurez-vous ?

ECN interrégionales 2013

DOSSIER 3

Vous êtes appelé pour une patiente de 45 ans qui a fait une crise convulsive dans un contexte d'oligurie en service de Neurochirurgie. Elle est au 5ème jour post-opératoire d'une résection d'un volumineux méningiome frontal inter-hémisphérique de 5 cm de grand axe. Le diagnostic avait été fait au scanner cérébral devant une neuropathie optique rétrobulbaire bilatérale dans un contexte d'altération de l'état général avec baisse de l'acuité visuelle.

Le bilan biologique est le suivant :

Sodium	140	mmol/L
Potassium	6,7	mmol/L
Chlore	110	mmol/L
CO2 Total	19	mmol/L
Protéines	46	g/L
Glucose	4,61	mmol/L
Urée	37,2	mmol/L
Calcium	1,75	mmol/L
Créatinine	461,0	µmol/L
MDRD	9,3	ml/min/1,73m ²
Bili totale	13	µmol/L
ASAT	92	UI/L
ALAT	59	UI/L
LDH	1 395	UI/L
GGT	50	UI/L
PAL	51	UI/L
Haptoglobine	< 0,08	g/L
Globules Blancs	26,74	Giga/L
Globules Rouges	2,81	Tera/L
Hémoglobine	8,5	g/dL
Hématocrite	24,4	%
VGM	86,8	fl
T.G.M.H	30,2	pg
C.C.M.H	34,8	g/dL
Plaquettes	40	Giga/L
Anisocytose		

Des Schizocytes

Dans les urines (300cc/24h) :

Sodium : 54 mmol/L
Potassium: 32 mmol/L
Chlore: 51 mmol/L
Urée: 87 mmol/L
Créatinine: 1800µmol/L
Protéine: 3,5 g/L

Vous hospitalisez en réanimation la patiente pour prendre en charge sa pathologie. Vous reprenez le dossier :

Antécédents :

- Insuffisance rénale chronique sur néphrite interstitielle chronique secondaire à des infections urinaires récidivantes favorisées par un reflux vésico-urétéral (créatinine de base à 140 μ mol/l).
- Un épisode d'insuffisance rénale aiguë en post-partum.
- Migraine et neuropathie optique rétrobulbaire bilatérale révélant un méningiome frontal.
- Tabagisme actif.

Traitement habituel :

LISINOPRIL (Zestril ®) – Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
 PIZOTIFENE (Sanmigran ®) – Antimigraineux tricyclique
 PROPANOLOL (Avlocardyl ®) – Bêta-bloquant
 FLURBIPROFENE (Antadys ®) – Anti-inflammatoire non-stéroïdien

Mode de Vie :

- Un compagnon, un enfant, ses parents vivent avec elle.
- Femme de ménage en arrêt de travail depuis un an.

Histoire de la maladie récente :

Au cours des deux semaines précédant l'intervention, la patiente a présenté des diarrhées, avec douleurs abdominales. Il existe une notion de consommation de viande hachée.

L'intervention de résection du méningiome a duré 15 heures et a nécessité la transfusion de 2 concentrés de globules rouges, et de 6500 ml de sérum physiologique.

En post opératoire la fonction rénale est stable avec une créatinine à 110 μ mol/l. Son traitement habituel, qui comprend des inhibiteurs de l'enzyme de conversion est repris.

Examen clinique :

Poids : 67 Kg, Taille 150cm ; Pression artérielle : 169/87mmHg ; SpO₂ : 100% en air ambiant ; température : 37°C

Crépitations des 2 bases pulmonaires

Ouverture des yeux spontanée, mutisme et grasping. Mouvements spontanés des 4 membres, réflexes ostéo-tendineux présents. Les pupilles sont symétriques intermédiaires et réactives.

Imagerie : l'échographie rénale est sans anomalie

Question 1 : Dans l'attente d'un traitement étiologique, quels sont les traitements symptomatiques possibles pour l'hyperkaliémie de ce patient qui présente des signes ECG ?

Question 2 : Caractériser l'insuffisance rénale.

Question 3 : Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu et sur quels arguments cliniques et biologiques ?

Question 4 : Quel agent infectieux suspectez-vous ici ?

L'état neurologique de la patiente se dégrade rapidement, et vous êtes amené à intuber cette patiente devant l'apparition de troubles de la vigilance et d'un encombrement bronchique. La voyant sédaturée et reliée à une machine, la mère de la patiente vous prend violemment à parti et vous demande d'arrêter immédiatement tout cet « acharnement thérapeutique ». Elle vous cite la loi Léonetti :

« Les actes [...] de soins ne doivent pas [...] être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. »

Elle conclut en exigeant de vous que vous réalisiez une injection pour que sa fille puisse s'en aller paisiblement.

Question 5 : Quelle est votre réponse à cette demande ? Sur quel argument ?

Question 6 : A qui s'applique la procédure de limitation et arrêt des thérapeutiques ?
Selon quelle procédure ?

Alors que la situation de la patiente s'améliore sous thérapeutique adaptée, elle présente un choc septique sur pyélonéphrite à *Enterobacter Cloacae* multirésistant, résolutif sous antibiothérapie.

Question 7 : Comment qualifier cette infection, et quelles obligations légales s'imposent à vous dans ce cadre ?

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 4

Un patient de 56 ans, tabagique actif à 45 paquets-années, ouvrier dans la démolition, se présente à la consultation pour une toux grasse exacerbée. Ses antécédents se limitent à une hypertension artérielle équilibrée par hydrochlorothiazide. L'examen clinique est rassurant et évocateur d'une bronchite aiguë bénigne. Vous vous interrogez néanmoins sur l'existence d'une pathologie pulmonaire chronique sous-jacente.

Question 1 : Quels sont les critères cliniques de bronchite chronique ?

Question 2 : Le patient est adressé à un pneumologue pour la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires (ci-jointes). Interprétez les résultats :

	Norme	Pré		Post		
		Mes.	%Norme	Mes.	Dif. Pré%	%Norme
				VENTOLINE 2,00		
	Norme	Mes.	%Norme	Mes.	Dif. Pré%	%Norme
CVF(L)	2,63	2,16	82	2,42	12	92
VEMs(L)	2,05	1,18	57	1,27	8	62
VEMs/ CVF(%)	74,84	54,58	73	52,63	-4	70
VEMs/ CV(%)	74,84	52,65	70	—	—	—
DEP(L/S)	6,53	2,85	44	2,88	1	44

CVF = Capacité vitale forcée (en litres)

DEP = Débit expiratoire de pointe (en litre/seconde)

Pré = valeurs avant bronchodilatation

Post = valeurs après bronchodilatation

Mes = valeurs mesurées (en litres)

%Norme = pourcentage par rapport à la norme (en pourcentage)

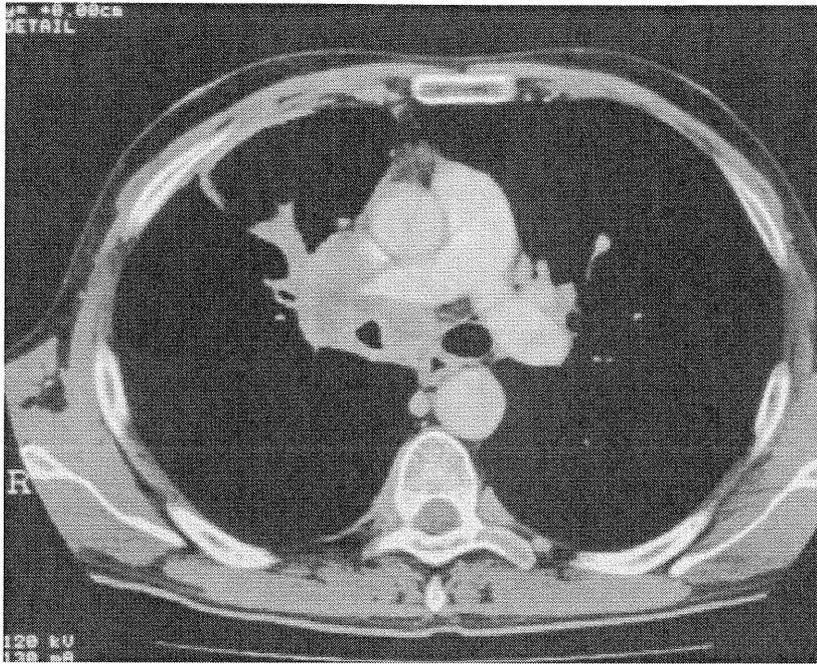
Dif. Pré% = différence par rapport aux valeurs pré-bronchodilatation, en pourcentage

Le patient est perdu de vue pendant 2 ans, jusqu'à une nouvelle consultation pour des douleurs lombaires insomniantes. Il est très asthénique, décrivant un amaigrissement de 6 kilos en 3 mois et une douleur élective à la palpation du rachis lombaire, sans déficit sensitivo-moteur associé.

Question 3 : Vous suspectez fortement une étiologie néoplasique sous-jacente. Citez par ordre décroissant de probabilité 3 néoplasies primitives à évoquer dans ce contexte clinique ?

Une imagerie comprenant un scanner thoracique et des radiographies du rachis est réalisée.





Question 4 : Interprétez la radiographie en soulignant 2 critères radiographiques de malignité.

Question 5 : Discutez l'indication d'une biopsie osseuse en première intention pour établir le diagnostic histologique ? Justifiez votre réponse.

Question 6 : Vous réalisez un bilan biologique qui retrouve une calcémie totale à 2.72mmol/l avec une albuminémie à 27g/l. Calculez et commentez la calcémie corrigée. Quels critères de gravité justifieraient une hospitalisation en urgence pour ce trouble métabolique ? Donnez les grands principes de la prise en charge thérapeutique de ce trouble ionique.

Question 7 : Le diagnostic de pathologie néoplasique est confirmé. Une chimiothérapie à base de sels de platine est envisagée. Citez 5 effets secondaires principaux de ce traitement.

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 5

Mme S. est née le 25/12/1921 et vous la suivez depuis plusieurs années pour un syndrome parkinsonien une hypertension artérielle et des troubles mnésiques modérés. Elle est veuve, vit en appartement au 4^e étage sans ascenseur.

Elle consulte car hier elle a fait selon elle une chute par maladresse mais sa fille qui habite Lille lui a dit au téléphone ce matin de « ne pas rester comme cela ».

A l'interrogatoire, Mme S. est tombée dans la rue hier après-midi en voulant attraper le bus. Elle n'a aucun souvenir de l'épisode et n'a rien senti venir. Elle s'est réveillée par terre mais n'a probablement pas perdu connaissance plus d'une seconde ou deux d'après les témoins qui l'ont vue « toute blanche ». Comme elle allait tout de suite très bien, elle a préféré rentrer chez elle pour ne pas déranger inutilement .

Votre dossier signale un poids de 45 kg pour 165 cm et l'utilisation temporaire d'un déambulateur cet été après des chutes par maladresse. Souffle cardiaque connu depuis des années et vagues gênes thoraciques depuis le début 2012 pour lesquelles un RDV avec un cardiologue est prévu (mais délais de 6 mois environ).

Son traitement comporte : MODOPAR (levodopa) 125 mg matin, et midi et 62.5 mg soir et 1 cp de CO-KENZEN 16mg/12.5 mg (16 mg de candesartan cilexetil + 12.5 mg d'hydrochlorothiazide) le matin.

Vaccination antigrippale réalisée

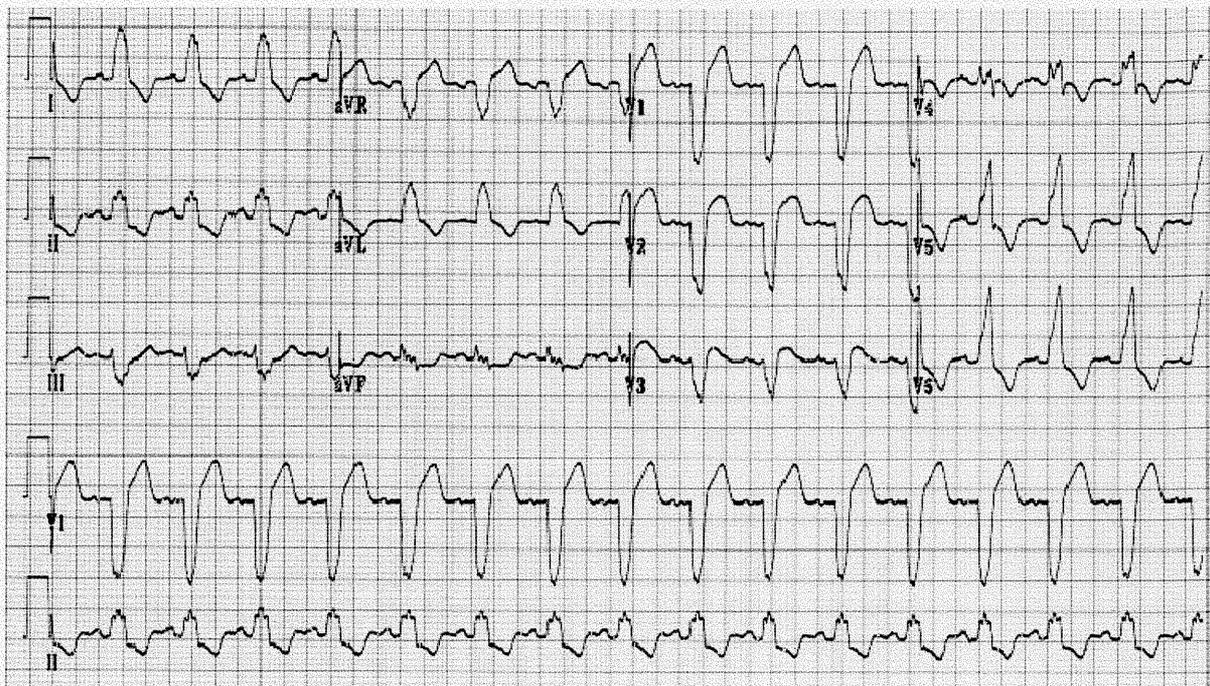
Son bilan biologique du mois dernier est le suivant :

hémoglobine 110 g/l (N 120-150 g/l), VGM 96 fL (N 80-100), leucocytes $8.48 \cdot 10^9/L$ (N 4.30-10.0), plaquettes $490 \cdot 10^9/L$ (N 150-500), natrémie 132 mmol/L (N 135-145), kaliémie 3.7 mmol/L (N 3.5-4.8), chlorémie 100 mmol/L (N 98-108), protéinémie 49 g/l (N 60-76), albuminémie 25 g/l (N 32-50), créatinine 55 $\mu\text{mol/L}$ (N 65-115).

L'examen clinique est le suivant

La PA est mesurée à 102/64 mmHg au bras droit en position couchée. L'auscultation cardiaque retrouve un souffle systolique rude 4/6 au 2^e espace intercostal en parasternal droit et le 2^e bruit n'est pas audible. Il semble exister un souffle 2/6 à la pointe du cœur. Les pouls pédieux ne sont pas perçus. La palpation abdominale est normale et il n'y a pas d'hépatomégalie. L'auscultation pulmonaire est normale et il existe un souffle au niveau des deux artères carotides. Il existe une abrasion cutanée au poignet gauche. La rigidité aux 2 membres supérieurs semble inchangée par rapport à votre dernière évaluation et il en est de même pour le tremblement (prédominant sur la main droite). Vous remarquez que l'aphte lingual du mois dernier a guéri.

Vous réalisez un électrocardiogramme.



Question 1 : Comment qualifieriez vous l'épisode de la veille ? Quels éléments d'orientation pouvez vous retenir ?

Question 2 : Décrivez l'ECG.

Question 3 : Quels éléments de l'examen et de l'anamnèse orientent vers une étiologie cardiovasculaire ?

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.

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 ?

Question 6 : Si le diagnostic est confirmé, quelle option thérapeutique devra être discutée ?

Question 7 : Quels éléments de fragilité relevez-vous chez Mme S. pouvant faire craindre une évolution difficile. Quels sont les quatre tests simples qui pourraient permettre une première évaluation à votre cabinet ? Quelles mesures pourraient être anticipées pour éviter des complications ?

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 6

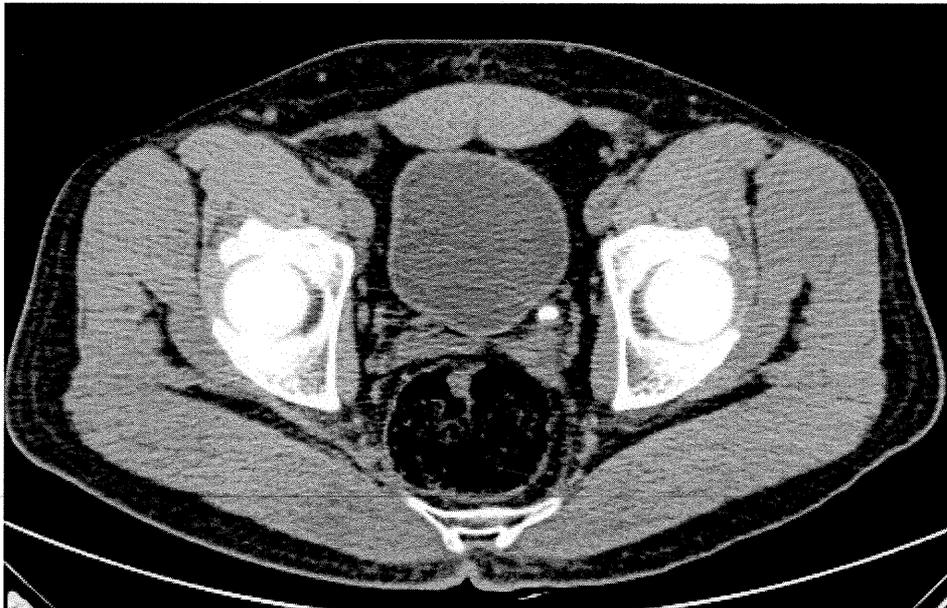
Un homme de 53 ans consulte en urgences pour de violentes « douleurs dans le dos » latéralisées à gauche et irradiant dans le testicule du même côté. Il a vomi à deux reprises avant de venir.

Il n'a pas d'antécédents chirurgicaux particuliers, en dehors d'une torsion du testicule gauche, ayant conduit à une orchidopexie bilatérale.

L'examen clinique retrouve une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire à gauche. Les orifices herniaires sont libres. Le patient est apyrétique.

La bandelette urinaire met en évidence une hématurie microscopique sans leucocytes ni nitrites.

Le patient a bénéficié d'un examen radiologique en urgence dont voici un des clichés :



Question 1 : Quel est cet examen d'imagerie ? Décrire précisément ses modalités de réalisation dans ce contexte.

Question 2 : Interprétez cet examen radiologique.

Question 3 : Quel diagnostic précis évoquez-vous (sans justifier) ?

Question 4 : Vous décidez d'hospitaliser ce patient. Quelles seront vos prescriptions médicamenteuses pour les 24 premières heures ?

Vous réalisez un ionogramme sanguin dont voici les résultats : $\text{Na}^+ = 140 \text{ mmol/l}$; $\text{K}^+ = 4 \text{ mmol/l}$; chlore = 109 mmol/l ; bicarbonates = 25 mmol/l ; trou anionique = 14 mmol/l ; protéines = 70 g/l ; urée = 10.4 mmol/l ; créatinine = $84 \mu\text{mol/l}$; glucose = 5.3 mmol/l ; calcium = 3 mmol/l ; phosphore = 0.79 mmol/l ; magnésium = 0.75 mmol/l ; acide urique = $310 \mu\text{mol/l}$

Question 5 : Interprétez les résultats du ionogramme sanguin. Quel diagnostic suspectez-vous dans ce contexte (sans justifier) ?

Question 6 : Quels sont les deux autres examens biologiques évocateurs qui pourraient conforter le diagnostic que vous avez posé à la question 5.

Question 7 : Quel examen d'imagerie simple peut étayer votre diagnostic ? Que recherchez-vous sur cet examen ?

Question 8 : Le diagnostic que vous avez posé à la question 5 se confirme, quel traitement envisagez-vous chez ce patient ?

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 environ 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.

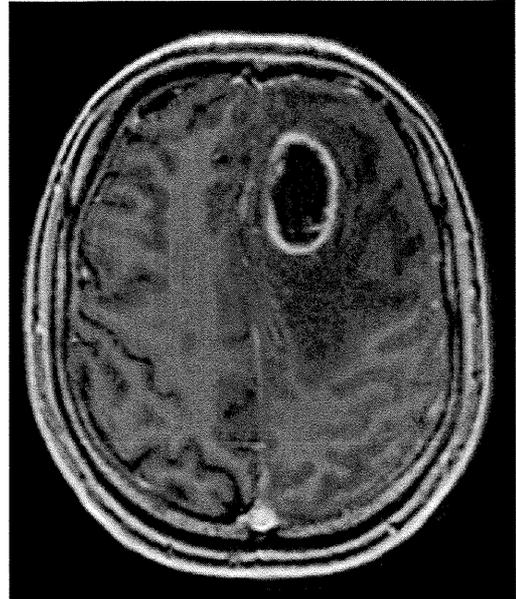
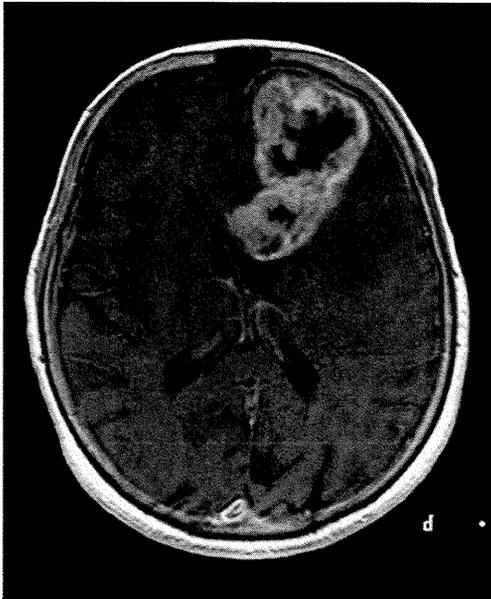
Sa TA est à 150/70 mmHg, son pouls à 70/min, sa température à 37°C. Vous constatez une ecchymose frontale gauche jaunâtre qui selon l'épouse serait la conséquence d'une chute dans les escaliers survenue il y a 3 semaines. L'examen cardiovasculaire est sans anomalie. L'examen neurologique retrouve des 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 ?

DOSSIER 8

Mr N, 57 ans est adressé par le médecin du travail pour bilan ophtalmologique. Il manipuleur en radiologie en neuro-imagerie interventionnelle et se plaint d'une baisse de vision progressive aux 2 yeux.

Il n'a pas vu son médecin traitant depuis plusieurs années et sa visite en médecine du travail a révélé une pression artérielle à 172/84mmHg aux 2 bras. En l'interrogeant, vous apprenez qu'il fume 1 paquet 1/2 de cigarettes par jour depuis l'âge de 27 ans, qu'il boit 1 verre de vin par jour. Il présente des lombalgies d'horaire mécanique. Son père a présenté un infarctus du myocarde à l'âge de 53 ans. Il pèse 90 kg et mesure 1m75. Il ne prend aucun traitement et n'a pas d'allergie.

Question 1 : Quelle est la sévérité de son risque cardiovasculaire ? Argumentez

Question 2 : Décrivez votre examen clinique ophtalmologique. Quel élément recherchez-vous en particulier au cours de cet examen?

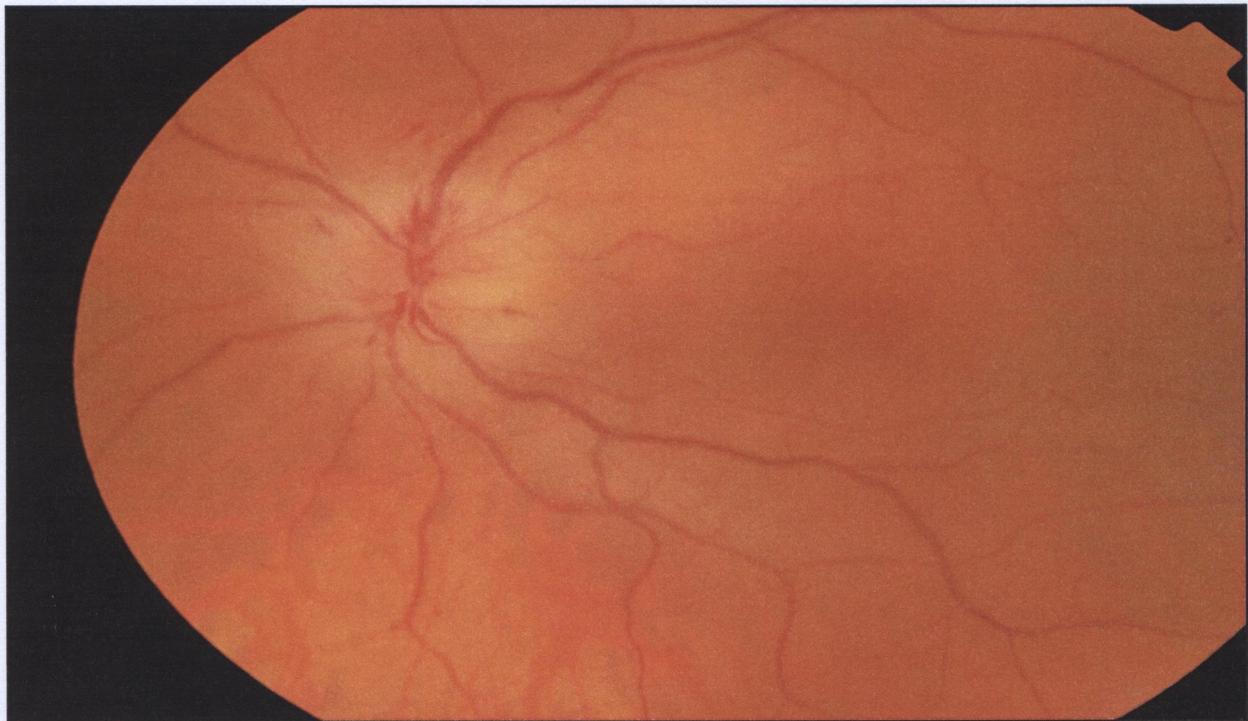
Question 3 : Son acuité visuelle est chiffrée à 10/10ème Parinaud 2 aux 2 yeux avec à droite : -6.00 (-0.25 90°) Add+2.00 et à gauche -6.25 (-0.25 90°) Add+2.00. Que signifient ces valeurs ?

Le patient consulte plusieurs mois plus tard. pour une perte complète de vision de l'œil gauche. Il vous explique que sa tension artérielle n'a jamais pu être équilibrée malgré l'association de plusieurs médicaments antihypertenseurs et qu'il a bénéficié d'une artériographie rénale il y a 3 jours.

Question 4 : Définir une hypertension artérielle résistante

Question 5 : Citez 3 hypothèses diagnostiques ophtalmologiques ?

Question 6 : Voici l'examen de son fond d'œil. Décrivez la rétinophotographie de l'œil atteint.



Question 7 : Vous constatez que son 1er orteil présente des taches rouges pourpres et il vous montre son bilan biologique sur lequel vous relevez une valeur de créatininémie à $580\mu\text{mol/L}$ ($80\mu\text{mol/L}$ sur les valeurs d'antériorité 2 semaines auparavant). Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 8 : Quelle est votre prise en charge ophtalmologique à court terme ?

ECN Interrégionales 2013

DOSSIER 9

M P, 57 ans se présente aux urgences pour une perte de poids importante ces dernières semaines. Il décrit également une fatigue importante avec perte d'appétit, inhabituel chez ce patient. M P vous explique que les repas sont compliqués et que seuls les aliments liquides passent. Le patient semble triste, il confirme avoir depuis quelques temps le moral au plus bas. Il vous avoue consommer une bouteille de whisky par jour avec ses collègues de travail. Son entourage familial l'avait poussé à limiter sa consommation mais le patient vous dit ne pas avoir réussi à suivre leur conseil et que de toute façon il ne voit pas l'intérêt de toucher à ce moment si convivial. Il vous dit en souriant qu'il a en revanche arrêté de fumer depuis 3 ans alors qu'il consommait un paquet par jour depuis plus de 20 ans.

Dans ses antécédents, on retient 2 crises convulsives sans étiologie retrouvée, il y a quelques mois. Cliniquement il pèse 92 kg, sa pression artérielle est à 130/80mmHg avec un pouls à 79.

Question 1 : Quel(s) diagnostic(s) psychiatrique évoquez-vous ? Argumentez

Question 2 : Quel traitement psychiatrique mettez-vous en place ?

Question 3 : Quels sont les étiologies possibles des crises convulsives présentées par ce patient ?

Question 4 : Quel diagnostic somatique principal évoquez-vous ? Argumentez

Question 5 : Quel bilan complémentaire vous permettrait d'affirmer ce diagnostic somatique ?

Quelques semaines plus tard M P est hospitalisé pour la réalisation d'examen complémentaires. Après 48 heures, en pleine nuit le patient demande à descendre regarder la télé dans son salon. Vous constatez qu'il ne sait plus où il se trouve. Rapidement il devient agressif, menaçant les soignants de les frapper si ils ne le laisse pas quitter cet endroit infesté de « bestioles » Il tourne en rond dans sa chambre tapant du pied pour « écraser toutes ces souris ». Sa pression artérielle est de 90 /50mmHg, sa température de 38°C, et sa fréquence cardiaque à 115 bpm.

Question 6 : Quel est votre diagnostic ? Argumentez

Question 7 : Décrivez votre prise en charge immédiate.

Question 8 : Après l'épisode aigu, quelle prise en charge proposez-vous sur le plan addictologique ?

Lecture Critique d'Article

Résumez l'article « Investigation et prise en charge d'une épidémie de gale dans une maison de retraite » en 250 mots en utilisant la grille fournie à cet effet

Question 1 : quel(s) est (sont) le(s) objectif(s) de cette étude ?

Question 2 : quel est le type de l'étude qui a été mené ? Est-il adapté à (aux) objectif(s) ?

Question 3 : Comment ont été définis les cas de gale ? Que pensez-vous de la (des) définition(s) fournie(s) ?

Question 4 : sur quoi porte le tableau 1 ? Quels en sont les résultats significatifs d'après le seuil de significativité retenu par les auteurs ?

Question 5 : sur quoi porte le tableau 2 ? Quels en sont les résultats significatifs d'après le seuil de significativité retenu par les auteurs ?

Question 6 : que signifie l'effet « iceberg » en épidémiologie décrit par les auteurs ? Qu'est ce qui, dans l'article, permet de l'illustrer ?

Question 7 : le travail mené permet-il de conclure quant à l'origine de l'épidémie de gale ? Pourquoi ?

Question 8 : sur quel(s) argument(s) les auteurs jugent-ils l'épidémie de gale finie ? Qu'en pensez-vous ?

Question 9 : sur le plan clinique quel est le principal intérêt de cet article ?

Introduction

La gale est une parasitose touchant chaque année quelque 300 millions de personnes dans le monde [1]. En France, la prévalence de la maladie n'est pas connue, mais elle est vraisemblablement élevée. En effet, une étude a montré que plus de 56 % des patients en situation de précarité, se rendant à la consultation de dermatologie de l'Hôpital Saint-Louis, étaient atteints [2]. En 1996, il a été estimé que plusieurs centaines d'établissements pour personnes âgées avaient été confrontés à ce problème en France métropolitaine en une année [3]. La gale est une maladie très contagieuse, essentiellement transmise par contact cutané direct, mais le parasite peut également survivre 48 heures en dehors de son hôte et véhiculer ainsi la maladie par contact indirect (litière, vêtements...). La phase d'incubation est asymptomatique et dure environ trois semaines. La durée de cette phase laisse augurer que les cas repérés dans un premier temps ne représentent finalement que la partie émergée de l'iceberg.

En octobre 2005, plusieurs cas de gale se sont déclarés dans une maison de retraite des Pyrénées-Atlantiques, touchant à la fois les résidents et le personnel. Une cellule de crise, coordonnée par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, a été mise en place. La Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Aquitaine a été sollicitée afin d'initier une investigation épidémiologique. Les objectifs de cette investigation étaient les suivants :

- mesurer et décrire l'ampleur du phénomène épidémique ;
- émettre des hypothèses sur les facteurs ayant favorisé la propagation de la maladie ;
- évaluer les mesures de prévention et de contrôle.

Matériel et méthodes

Une étude de cohorte a été réalisée auprès de l'ensemble des résidents ($n=107$) et du personnel interne ou externe à l'établissement ($n=65$). La recherche des cas s'est faite de manière rétrospective (mois précédant le signalement) et de manière prospective. Les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, ainsi que les facteurs de risque potentiels de gale ont pu être recueillis au moyen d'un auto-questionnaire anonyme pour le personnel. Pour les résidents, les questionnaires ont été complétés par les infirmières et la cadre de santé. Des questions complémentaires sur l'observance des mesures prophylactiques et thérapeutiques ont été posées aux personnels internes. Un cas de gale certain était défini par la survenue, après le 15 septembre 2005, d'une gale confirmée par un médecin. Un sujet présentant une suspicion clinique de gale sans confirmation médicale du diagnostic était considéré comme cas de gale probable. La surveillance des cas s'est poursuivie jusqu'au 15 janvier 2006, soit six semaines après l'instauration du traitement. En l'absence de nouveau cas à l'issue de cette période, l'épidémie pouvait alors être considérée comme jugulée. Les sous-populations (résidents et personnels) n'ayant pu être regroupées du fait de facteurs d'exposition différents, une analyse multivariée n'a pu être envisagée en raison du faible nombre de cas.

Résultats

Au total, 24 cas certains de gale ont été enregistrés, soit un taux d'attaque (TA) global de presque 14 %. Le TA chez les résidents (10,3 %) était 2 fois moins important que chez le personnel interne à la maison de retraite (25,5 %).

La répartition des cas dans le temps, en fonction de la date de survenue des premiers signes cliniques,

s'étendait sur une période d'environ deux mois (du 5 octobre au 28 novembre 2005). La courbe épidémique a mis en évidence 2 vagues de contamination successives, d'amplitude croissante (figure), qui illustrent très bien le principe de « l'iceberg » propre aux épidémies de gale. Ainsi, les quelques cas repérés dans un premier temps ne représentent que la partie émergée de l'épidémie.

Les principales variables testées pour les résidents d'une part et le personnel d'autre part sont présentées dans les tableaux 1 et 2 respectivement. On constate que chez le personnel, le fait d'exercer la profession d'aide-soignante (RR=5,9 ; $p=0,04$) et la fréquentation d'un vestiaire particulier (RR=5,9 ; $p=0,02$) étaient associés au risque d'être malade. Chez les résidents, l'utilisation d'un fauteuil roulant (RR=4,4 ; $p=0,03$) et la participation à certaines activités, telles que l'atelier cuisine (RR=1,2 ; $p=0,03$) étaient significativement associées à ce risque. En outre, le risque d'avoir la gale chez les résidents dont la chambre était attenante à celle d'un cas ou partagée avec un cas était presque 10 fois plus élevé (RR=9,7 ; IC 95 % [2,8 ; 33,8]).

Mesures de contrôle et de prévention

Dès l'apparition des premiers cas, des précautions standards de type « contacts » ont été instaurées (lavage des mains, désinfection des chambres, traitement spécifique du linge et de la literie, isolement ou arrêt maladie des cas, port de surblouse et gants, information aux visiteurs, etc.). Face à l'apparition de nouveaux cas, une cellule de crise rassemblant les compétences nécessaires en termes de décisions, de soins et de logistique a été mise en place. Ses principales missions étaient de réaliser un bilan de l'épidémie, de choisir et mettre

favorisées par la présence d'humidité dans l'air de la pièce, liée à l'usage de la douche par le personnel. Cependant, ce résultat est à interpréter avec précaution, car ce vestiaire a été fréquenté par près de 80 % des aides-soignantes. L'utilisation d'un fauteuil roulant était significativement associée à la survenue de gale chez les résidents. Le fauteuil peut être en lui-même un vecteur de transmission entre résidents et personnel, mais ce mode de contamination est peu classique, d'autant que ces fauteuils étaient individuels. Il est plus probable que la contamination soit secondaire au contact rapproché que nécessitent les résidents en fauteuil. Enfin, la pratique « d'échange de gilet » entre agents était significativement associée à l'apparition de la gale. Même si cette pratique restait marginale, il est important de veiller à la proscrire lors des recommandations émises pour ce type d'épidémie.

Malgré une prise en charge tardive de l'épidémie, la gestion de celle-ci a été menée avec succès, aucun nouveau cas n'étant apparu après la phase de traitement collectif et ce pendant les mois qui ont suivi. Concernant la prise en charge précoce de ce type d'événement, il est important de souligner qu'une épidémie de gale est avérée quand au moins 2 cas ont été diagnostiqués par un médecin. La

présence de cas parmi le personnel dans ce type de collectivité est bien souvent l'indicateur d'une épidémie déjà avancée [5]. La précocité du signalement permet de circonscire les mesures prophylactiques à une sous-population de la collectivité, par exemple à un étage ou à l'aile d'un bâtiment. Elle permet aussi de limiter la diffusion de l'épidémie à l'extérieur de la collectivité où la prise en charge est plus complexe.

La mise en place d'une cellule de crise rassemblant les compétences nécessaires est incontestablement un facteur clé de réussite. Tous les guides de recommandations pour la gestion des épidémies de gale relèvent d'ailleurs que sa mise en place est indispensable, quelles que soient les ressources de l'établissement. En effet, la gestion et la prise en charge d'une épidémie de gale sont complexes. Elles nécessitent un temps de préparation et d'organisation, et des ressources humaines et financières rendues difficiles en situation de sous-effectif (arrêts maladie des agents) et d'augmentation de la charge de travail.

Les mesures thérapeutiques ont consisté à instaurer un traitement collectif de grande envergure par une prise orale unique d'ivermectine (Stromectol®). Ce médicament, qui présente très peu d'effets secondaires et de contre-indications (femmes enceintes

ou allaitantes - enfants de moins de 15 kg), est un traitement simple à mettre en place, remboursé par la sécurité sociale. Il est de plus agréé pour les collectivités et est fortement recommandé dans ce type de situation. La prise d'une deuxième cure à J8 de façon systématique pour l'ensemble de la collectivité ne fait pas l'objet, semble-t-il, de consensus à l'heure actuelle [6]. Elle est recommandée par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) en cas de gale profuse ou de réapparition des signes. L'action de l'ivermectine sur les larves du sarcopte étant par ailleurs mal établie, une deuxième prise pourrait alors être justifiée [7].

L'ensemble des mesures liées au traitement de l'environnement entraîne inmanquablement des contraintes logistiques substantielles, qui ont aussi un coût non négligeable. Dans son avis de juin 2003, le CSHPF précise qu'une désinfection de l'environnement n'est pas indiquée dans le cas de gale commune et que la décontamination des lieux de vie par un acaricide est à décider avec les autorités sanitaires dans le cas de gale profuse. En revanche, la mise en place rapide de mesures d'isolement et le renforcement des précautions standards sont primordiaux pour éviter l'extension de l'épidémie. La recrudescence d'épidémies de gale en milieu communautaire non hospitalier (foyer d'hébergement, maison de retraite, établissement scolaire...) pose le problème de leur prise en charge dans des structures ne bénéficiant pas de l'appui d'un service d'hygiène, voire même d'une équipe médicale ou soignante. L'élaboration d'un guide présentant des protocoles d'actions spécifiques adaptées aux ressources et aux particularités de ces collectivités doit être envisagée, en complément du guide du Cclin Sud-Ouest [5], qui fournit des recommandations adaptées aux établissements de soins et médico-sociaux.

Références

- [1] Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet*. 2000; 355(9206):819-26.
- [2] Afri C, Dehen L, Bénassia E, Faure P, Farge D, Morel P, Dubertret L. Consultation dermatologique en situation de précarité: Étude prospective médicale et sociale à l'hôpital St-Louis à Paris. *Ann Dermatol Venerol*. 1999; 126:682-6.
- [3] Ancelle T, Ancelle-Park R, Antoine D et al. La gale dans les établissements pour personnes âgées en France en 1996. *Bull Epidemiol Hebd*. 1997; 7:27-9.
- [4] Ancelle T, Morice J, Tourne-Schaefer C. Investigation d'une épidémie de gale dans un centre de long et moyen séjour pour personnes âgées de la région parisienne, 1995-1996. *Bull Epidemiol Hebd*. 1997; 6:23-4.
- [5] Marie S, Debrock C, Frugier E, Gadrat MC, Guillon C, Laplaud J et al. Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux. *C Clin Sud Ouest* 2004; 56p. http://www.cclin-sudouest.com/pages/doc_u_recos.html
- [6] Del Giudice P. Traitement de la gale par l'ivermectine. *Lettre de l'infectiologue*. Juillet-août 2003; 18(4):134-6.
- [7] Legoux A, Doutré MS, Noblesse I, Beylot-Barry M, Beylot C. Contagiosité et traitement de la gale en 2002. *Nouv Dermatol*. 2002; 21(10):485-8.

Tableau 2 Facteurs associés à la survenue d'une gale chez le personnel interne d'une maison de retraite, analyse univariée (n=47), France, 2005 / Table 2 Factors associated with scabies occurrence among the staff in a retirement home, univariate analysis (n=47), France, 2005

Variables		Cas	Total	TA	RR	IC 95 %	P*
Sexe	H	1	2	500	2,2	[0,5 ; 9,7]	0,4
	F	9	39	23,1	-	-	-
Age	≤ 40	6	23	26,1	1,04	[0,4 ; 2,8]	0,9
	> 40	6	24	25,0	-	-	-
Profession	AS**	11	30	36,7	5,9	[0,8 ; 41,4]	0,04
	Autres	1	16	7,7	-	-	-
Aide change	Oui	11	30	36,7	4,8	[0,7 ; 33,2]	0,05
	Non	1	13	7,7	-	-	-
Aide mobilisation	Oui	11	35	31,4	3,5	[0,5 ; 23,8]	0,1
	Non	1	11	9,1	-	-	-
Aide repas	Oui	9	31	29,0	2,9	[0,4 ; 20,2]	0,2
	Non	1	10	10,0	-	-	-
Aide toilette	Oui	9	25	36,0	1,9	[0,6 ; 6,0]	0,2
	Non	3	16	18,7	-	-	-
Manipulation linge	Oui	11	35	31,4	-	-	0,05
	Non	0	9	-	-	-	-
Contact avec résident ayant une gale	Oui	11	32	34,4	-	-	0,04
	Non	0	10	-	-	-	-
Horaire travail	Nuit	3	6	50,0	2,3	[0,8 ; 6,2]	0,2
	Jour	8	36	22,2	-	-	-
Vestiaire	Gauche	11	28	39,3	5,9	[0,8 ; 41,4]	0,02
	Droit/autre	1	15	6,7	-	-	-
Échange gilet	Oui	2	3	66,7	3,0	[1,1 ; 7,9]	0,15
	Non	9	40	22,5	-	-	-

* Test de Mantel-Haenszel ou test exact de Fisher quand l'effectif théorique est < 5.
** Aides-soignantes ou faisant fonction.

en oeuvre la stratégie thérapeutique et d'organiser l'information des patients, de leur famille et du personnel.

Un traitement global pour l'ensemble de la collectivité (personnel, résidents et contacts) par une prise orale de 200 µg par kg de poids d'ivermectine a été réalisé le 22 novembre 2005, suivi d'une 2^e prise à J8. En outre, un traitement de l'environnement a été effectué l'après-midi de ce même 22 novembre : nettoyage des locaux, pulvérisation d'acaricide sur les rideaux, les fauteuils, les matelas, changement de toute la literie et lavage des vêtements des résidents.

Concernant l'observance, l'enquête a permis de vérifier que le traitement avait été bien suivi, même chez les professionnels sains. En revanche, celui des proches des malades a été moins systématique : seuls 2 malades sur 3 ont déclaré que leurs proches avaient bénéficié d'un traitement. Les recommandations environnementales ont été, quant à elles, bien respectées.

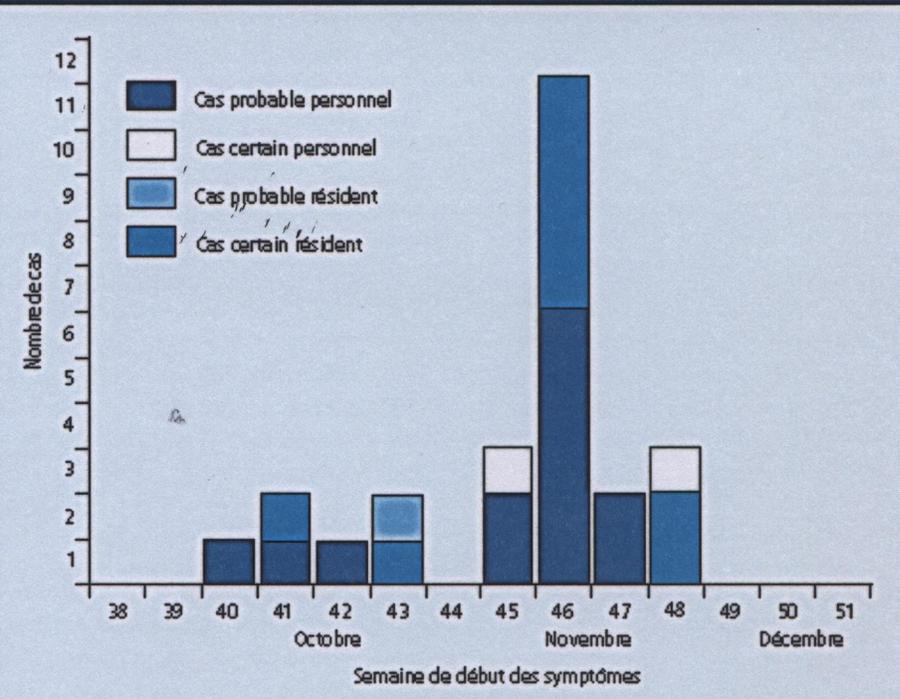
Discussion-Conclusion

Les épidémies de gale dans les maisons de retraite ou centres d'hébergement pour personnes âgées sont très fréquentes et connues depuis longtemps, notamment en France [3]. En raison du diagnostic difficile de la gale et d'une probable sous-déclaration de cette maladie stigmatisante, on peut facilement supposer que le nombre de cas a été globalement sous-évalué dans cet épisode. En effet, les diagnostics parasitologiques sont rares et les cas de gale chez les personnes âgées peuvent être facilement classés en prurit sénile. Par ailleurs, ces personnes étant souvent prises en charge par des médecins libéraux différents, la prise de conscience d'un épisode épidémique peut prendre un certain temps. Dans cet épisode, il s'est écoulé environ un mois entre la survenue des premiers cas et le signalement de l'épidémie auprès du service d'hygiène hospitalier. Ce délai a très certainement favorisé la propagation de la maladie.

Le taux d'attaque était particulièrement élevé chez les aides-soignantes, qui sont amenées à avoir des contacts physiques rapprochés avec les résidents, mais aussi à manipuler le linge. Un contact très étroit et répété avec des patients contaminés est un facteur de risque connu de la gale, en particulier chez le personnel soignant [4]. Il faut cependant remarquer qu'aucune infirmière n'a été touchée, alors qu'elles réalisent des soins quotidiens aux patients. Celles-ci pratiquent vraisemblablement des soins moins à risque de contacts et appliquent probablement plus scrupuleusement les précautions standards.

L'étude a également permis d'identifier l'utilisation d'un des deux vestiaires comme facteur de risque propre aux professionnels. La contamination de casier en casier n'est pas classique, mais ne peut être écartée. La survie et la propagation de l'acarien à l'extérieur de son hôte ont probablement été

Figure Distribution des cas de gale certains et probables selon la semaine de début des symptômes ou de diagnostic chez les résidents et le personnel (n=25*), d'une maison de retraite, France, 2005
Figure Number of confirmed and probable scabies cases according to the week of onset of symptoms or the diagnosis among residents and staff in a retirement home (n=25*), France, 2005



* Sur les 28 cas certains et probables signalés, la date des premiers signes ou de diagnostic n'a pas pu être renseignée pour 3 cas.

Tableau 1 Facteurs associés à la survenue d'une gale chez les résidents d'une maison de retraite, Analyse univariée (n=107), France, 2005 / Table 1 Factors associated with scabies outcome among residents in a retirement home, univariate analysis (n=107), France, 2005

Variables		Cas	Total	TA	RR	IC 95 %	P*
Sexe	F	10	80	12,5	3,4	[0,4 ; 25,2]	0,3
	H	1	27	3,7	-	-	-
Âge	> 75	11	92	11,9	-	-	0,4
	≤ 75	0	15	-	-	-	-
Étage	1 ^e	4	41	9,7	1,8	[0,6 ; 5,7]	0,3
	2 ^e	7	40	17,5	-	-	-
	3 ^e	0	26	-	-	-	-
Voisin malade	Oui	8	23	34,8	9,7	[2,8 ; 33,8]	0,0002
	Non	3	84	3,6	-	-	-
Type chambre	Double	5	54	9,2	0,8	[0,3 ; 2,5]	0,7
	Simple	6	53	11,3	-	-	-
Groupe iso-ressources	< 4	9	70	12,8	2,4	[0,5 ; 10,4]	0,3
	≥ 4	2	37	5,4	-	-	-
Utilisation déambulateur	Oui	3	18	16,7	3,1	[0,8 ; 12,6]	0,1
	Non	4	74	5,4	-	-	-
Utilisation fauteuil	Oui	9	51	17,6	4,4	[1,0 ; 19,4]	0,03
	Non	2	50	4,0	-	-	-
Fréquentation réfectoire	Oui	8	90	8,9	-	-	1,0
	Non	0	5	-	-	-	-
Atelier cuisine	Oui	5	19	26,3	3,5	[1,2 ; 10,3]	0,03
	Non	6	80	7,5	-	-	-
Coiffeur	Oui	10	81	12,3	-	-	0,6
	Non	0	8	-	-	-	-
Pédicure	Oui	3	34	8,8	1,3	[0,3 ; 5,9]	1,0
	Non	3	43	7,0	-	-	-
Soins kiné	Oui	4	26	15,4	1,8	[0,6 ; 5,6]	0,5
	Non	7	81	8,6	-	-	-
Consultation médecin	Oui	11	99	11,1	-	-	1,0
	Non	0	3	-	-	-	-

* Test de Mantel-Haenszel ou test exact de Fisher quand l'effectif théorique est < 5.