

Dossier 1

Un jardinier n'a plus la pêche

Énoncé

Vous recevez en consultation Mario, jeune jardinier de 26 ans, pour une dysphagie évoluant depuis 2 jours. Ce patient présente pour seul antécédent une surconsommation de champignons hallucinogènes non prise en charge ; il est peu suivi sur le plan médical. Mario décrit une douleur à la mâchoire et une limitation de l'ouverture à la mastication. Il n'y a pas de craquement articulaire, pas de pli cutané et Mario a perdu 1 kg depuis 2 jours.

L'examen endobuccal semble normal par ailleurs.

1 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- La dysphagie définit une gêne douloureuse à la déglutition
- Des fausses routes et des déglutitions répétées évoquent une dysphagie oropharyngée
- La manométrie pharyngée constitue la meilleure méthode pour dépister les troubles de déglutition à type de fausses routes
- La fibroscopie œsogastroduodénale est l'examen paraclinique de première intention dans une dysphagie
- La gêne à l'ouverture de la bouche évoque ici un syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire

2 Parmi les propositions suivantes concernant la dysphagie, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Une achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage entraîne une dysphagie œsophagienne
- Une maladie neuromusculaire entraîne une dysphagie œsophagienne
- Une rectocolite hémorragique entraîne une dysphagie œsophagienne
- Une œsophagite infectieuse entraîne une dysphagie œsophagienne
- Un reflux gastro-œsophagien non compliqué entraîne une dysphagie œsophagienne

3 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) de trismus ?

- Sclérodermie
- Phlegmon amygdalien
- Syndrome malin des neuroleptiques
- Péricoronarite de la dent 48
- Ankylose temporo-mandibulaire

À l'inspection, vous mettez en évidence une plaie de la pulpe du 5^e doigt de la main droite que le patient attribue à une « piqûre de rosier » il y a une dizaine de jours. Le doigt est rouge, douloureux, rétracté en crochet. Le patient vous explique que la douleur a progressivement gagné le pouce. À la palpation de l'éminence hypothénar, vous réveillez une douleur.

Les constantes sont stables : TA 130/90, FC 85 bpm, FR 13 cycles/min, température 38,5 °C.

Le patient n'a jamais réalisé les rappels anti-tétaniques depuis ses 6 ans, ses parents y étant opposés. Et depuis sa majorité, son travail au château de Peach l'occupe plus que prévu (sans compter tous ces gens qui pensent qu'il est plombier, alors qu'il passe ses journées à soigner des plantes carnivores en pot...).

4 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) fait (font) partie de votre principale suspicion diagnostique ?

- Ostéite de l'auriculaire droit
- Phlegmon de la gaine synoviale radiale
- Phlegmon de la gaine synoviale digito-carpienne
- Ténosynovite purulente collectée
- Panaris de l'auriculaire droit

5 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- La douleur à la palpation du cul-de-sac proximal de la gaine synoviale est pathognomonique d'un phlegmon
- Une douleur au niveau du cul-de-sac proximal, sans lymphangite ni adénopathies, permet de porter l'indication chirurgicale
- Le cul-de-sac proximal de la gaine de l'auriculaire se situe au niveau du pli palmaire proximal
- Le cul-de-sac proximal de la gaine de l'index se situe au niveau de l'éminence thénar
- Le cul-de-sac proximal de la gaine de l'annulaire se situe en regard de la tête de la 4^e articulation métacarpophalangienne

6 Quel(s) bilan(s) paraclinique(s) proposez-vous ?

- NFS, CRP, Hémocultures aérobies et anaérobies
- Radiographie de thorax (bilan pré-opératoire)
- Glycémie
- IRM des parties molles de la main
- TP, TCA (bilan pré-opératoire)

7 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Le trismus est un signe tardif d'une primo-infection à tétanos
- Le trismus peut évoluer vers une contracture permanente, bilatérale et douloureuse
- Une dysphagie ou une paralysie faciale peuvent être associées
- L'évolution du tétanos se fait par diffusion de *Clostridium tetanii* par voie hématogène
- La vaccination est à base d'antitoxine tétanique

8 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a. Vous réalisez un dosage des IgG anti-tétanique
- b. Vous réalisez un test rapide de dépistage d'IgG anti-tétanique
- c. Vous transférez Mario en unité de soins intensifs
- d. La vaccination anti-tétanique permet de conférer une immunité passive rapidement
- e. La vaccination anti-tétanique est contre-indiquée en cas d'allergie à l'œuf

Vous transférez Mario en unité de soins intensifs où le traitement est débuté.

9 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a. Le traitement du phlegmon peut être réalisé sous anesthésie loco-régionale centrale
- b. Une anesthésie loco-régionale nécessite un jeûne de 6 heures pour les aliments solides et 3 heures pour l'eau
- c. Une anesthésie loco-régionale par lidocaïne peut entraîner troubles de conduction et épilepsie
- d. Un goût métallique dans la bouche après injection d'anesthésique local est habituel
- e. La consultation pré-anesthésique est obligatoire pour une anesthésie loco-régionale, sauf en cas d'urgence

10 Parmi les propositions suivantes concernant les anesthésiques locaux, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a. La lidocaïne bloque les canaux sodiques rapides
- b. La lidocaïne majore l'intervalle QT et peut être responsable de torsades de pointes
- c. La lidocaïne est inotrope négatif
- d. La lidocaïne augmente la durée des potentiels d'action
- e. La lidocaïne augmente la taille des complexes QRS

Le phlegmon est traité et le trismus disparaît.

11 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a. Les cas de tétanos doivent obligatoirement être signalés en urgence à l'Agence Régionale de Santé
- b. Les cas de tétanos doivent obligatoirement être notifiés à l'Institut National de Veille Sanitaire
- c. La liste des maladies à déclaration obligatoire est déterminée par le Code de Santé Publique (article L-3113).
- d. Des mesures d'éviction pour le tétanos sont définies par le Haut Conseil de Santé Publique
- e. Une déclaration en accident de travail peut être réalisée auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Une semaine après le traitement antibiotique, Mario présente une éruption maculopapuleuse diffuse au niveau du tronc et de la racine des membres, avec des intervalles de peau saine. Il est apyrétique, n'a pas d'adénopathie.

12 Parmi les diagnostics suivants, lequel (lesquels) est (sont) à évoquer en priorité ?

- a. Purpura vasculaire
- b. Toxidermie érythémateuse
- c. Érythème pigmenté fixe
- d. Urticaire aiguë
- e. DRESS syndrome

13 Parmi les propositions suivantes sur les réactions médicamenteuses, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a. La majorité des effets indésirables médicamenteux sont imprévisibles
- b. Les allergies médicamenteuses résultent toujours d'une réponse immunologique à un médicament
- c. Les réactions immunoallergiques ne dépendent pas de la dose du médicament
- d. La réaction présentée par le patient est médiée par les IgG
- e. Un prick-test positif pour la pénicilline à distance de l'évènement majorerait l'imputabilité extrinsèque

Le patient revient vous voir 3 mois plus tard en cabinet de ville pour ses problèmes d'addiction. Il vous explique consommer des champignons hallucinogènes depuis plusieurs années. Actuellement ses consommations sont de plus en plus importantes pour obtenir un effet souvent moins intense. « Maintenant, avec 2 champignons, j'ai l'impression de doubler de taille » vous dit-il, avant d'ajouter qu'il mange parfois des fleurs pour lancer des boules de feu sur les tortues. À l'examen clinique, le patient ne décrit aucun symptôme.

14 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a. Il s'agit d'une dépendance psychique aux hallucinogènes
- b. La cocaïne est également une drogue hallucinogène
- c. Le LSD est également un hallucinogène
- d. Il n'y a pas de dépendance physique aux hallucinogènes
- e. La dépendance psychique aux hallucinogènes est plus importante que celle liée à la cocaïne

Suivant votre conseil, Mario va arrêter la consommation de psilocybes et d'amanites tue-mouches... En signe de bonne foi, il appelle Donkey Kong pour annuler la partie de kart du week-end.

Commentaire Le débat fait rage, mais il semblerait bien que Mario soit jardinier et non pas plombier... (2)

■ **Question 1 (10 points)**

- A. La dysphagie définit une gêne douloureuse à la déglutition
- B. Des fausses routes et des déglutitions répétées évoquent une dysphagie oropharyngée**
- C. La manométrie pharyngée constitue la meilleure méthode pour dépister les troubles de déglutition à type de fausses routes
- D. La fibroscopie œsogastroduodénale est l'examen paraclinique de première intention dans une dysphagie**
- E. La gêne à l'ouverture de la bouche évoque ici un syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire

Commentaire La dysphagie est une sensation d'arrêt du bol alimentaire, qui peut être œsophagienne (arrêt rétrosternal, après une déglutition volontaire normale) ou oropharyngée (arrêt cervical, lors de la déglutition volontaire, associé à des fausses routes et des déglutitions répétées – typiquement, lorsque vous avez une angine !).

L'odynophagie est une douleur à la déglutition. Les autres diagnostics différentiels sont l'anorexie (dégoût des aliments, sans blocage) et le *globus hystericus* chez les patients anxieux (« boule dans la gorge »).

Le meilleur dépistage de troubles de déglutition... est l'observation d'une prise alimentaire ! L'intérêt de la manométrie est faible pour les causes oropharyngées ; elle est plus utile pour les troubles fonctionnels de l'œsophage.

Le syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire est plutôt présent chez les femmes jeunes, anxieuses ; le trismus est plutôt matinal, et s'associe à des craquements articulaires et des douleurs sur l'articulation temporo-mandibulaire.

■ **Question 2 (5 points)**

- A. Une achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage entraîne une dysphagie œsophagienne**
- B. Une maladie neuromusculaire entraîne une dysphagie œsophagienne
- C. Une rectocolite hémorragique entraîne une dysphagie œsophagienne
- D. Une œsophagite infectieuse entraîne une dysphagie œsophagienne**
- E. Un reflux gastro-œsophagien non compliqué entraîne une dysphagie œsophagienne**

Commentaire Les 2 grands cadres étiologiques sont les dysphagies oropharyngées et œsophagiennes.

Les dysphagies oropharyngées sont dues à un problème local (tumeur, adénophlegmon, cellulite...) ou une maladie neuromusculaire.

Les dysphagies œsophagiennes peuvent être organiques (œsophagite, sténose, tumeur, diverticule, compression...) ou fonctionnelles (achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage, maladie des spasmes diffus...).

Le reflux gastro-œsophagien est associé à une dysphagie dans un tiers des cas (3) ; ce symptôme doit alerter, et faire réaliser une fibroscopie œsogastroduodénale à la recherche d'une œsophagite.

La rectocolite hémorragique débute au rectum et remonte (sans intervalle de muqueuse saine) jusqu'au côlon ; la maladie de Crohn peut, elle, atteindre l'ensemble du tube digestif et être responsable de dysphagie œsophagienne.

■ Question 3 (10 points)

- A. Sclérodémie
- B. Phlegmon amygdalien**
- C. Syndrome malin des neuroleptiques**
- D. Péricoronarite de la dent 48**
- E. Ankylose temporo-mandibulaire

Commentaire Les pathologies de l'ouverture buccale sont définies par une ouverture inférieure à 3-4 cm. Elles peuvent être :

- permanentes (constriction non évolutive, séquelle de sclérose ou cicatrisation) : ankylose temporo-mandibulaire (après une fracture du condyle, une mastoïdite...), hypertrophie des coronés, sclérodémie, rétraction cicatricielle, et évolution possible de toutes les causes temporaires... ;
- temporaires (contracture évolutive des muscles élévateurs de la mandibule : trismus) :
 - causes locales : infections dentaires ou amygdaliennes (aiguës ou chroniques), traumatisme facial, tumeur ou fonctionnel (syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur – à ne pas confondre avec l'ankylose) ;
 - causes générales : tétanos, syndrome malin des neuroleptiques, encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en vitamine B1), hypoglycémie, hypocalcémie, atteinte du nerf trijumeau (épilepsie...).

■ Question 4 (5 points)

- A. Ostéite de l'auriculaire droit
- B. Phlegmon de la gaine synoviale radiale**
- C. Phlegmon de la gaine synoviale digito-carpienne**
- D. Ténosynovite purulente collectée**
- E. Panaris de l'auriculaire droit**

Commentaire Le panaris est une infection aiguë superficielle des parties molles d'un doigt (œdème inflammatoire de la pulpe centré par un aspect blanchâtre fluctuant et douloureux à la pression). Il est souvent lié à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*. Le traitement antibiotique vise le Staphylocoque : cloxacilline (pénicilline de groupe M), pristinamycine ou amoxicilline-acide clavulanique.

Son évolution peut se faire vers une ostéoarthrite digitale, possible ici (douleur du doigt, œdème, fièvre...); il y a toutefois une douleur débutant plutôt au niveau d'une articulation (réveillée par la palpation de cette articulation).

Le panaris peut également évoluer vers un phlegmon des gaines tendineuses des fléchisseurs correspondante (ici la gaine digito-carpienne ou ulnaire, face au 5^e doigt), voire à bascule (gaine synoviale radiale, face au pouce) ; il n'y a pas de communication avec les gaines digitales des 2^e, 3^e et 4^e doigts.

Le phlegmon des gaines (ou ténosynovite) évolue en 3 stades :

- synovite exsudative (gêne à la mobilisation du doigt, douleur à la pression du cul-de-sac proximal de la gaine ;
- synovite purulente (doigt en crochet et œdématié, extension loco-régionale : adéno-pathies épitrochléennes ou axillaires, lymphangite, fièvre...);
- nécrose septique (attitude en crochet irréductible et permanent).

Les phlegmons constituent une urgence chirurgicale (évacuation de la collection, prélèvements bactériologiques, lavage, excision des tissus nécrosés voire synovectomie, cicatrisation dirigée).

Il ne faut pas oublier les soins prophylactiques (tétanos, kinésithérapie) et traitements médicamenteux (soins locaux, antibiothérapie selon le stade).

■ **Question 5 (10 points)**

- A. La douleur à la palpation du cul-de-sac proximal de la gaine synoviale est pathognomonique d'un phlegmon**
- B. Une douleur au niveau du cul-de-sac proximal, sans lymphangite ni adénopathies, permet de porter l'indication chirurgicale**
- C. Le cul-de-sac proximal de la gaine de l'auriculaire se situe au niveau du pli palmaire proximal
- D. Le cul-de-sac proximal de la gaine de l'index se situe au niveau de l'éminence thénar
- E. Le cul-de-sac proximal de la gaine de l'annulaire se situe en regard de la tête de la 4^e articulation métacarpophalangienne**

Commentaire C'est un signe pathognomonique, qui permet de porter le diagnostic de phlegmon, dont le traitement est toujours chirurgical (au minimum pour un lavage abondant des gaines). Il ne faut pas attendre d'avoir des signes de diffusion, qui signent l'aggravation de la synovite du stade exsudatif (I) au stade purulent (II), évidemment plus à risque de séquelles...

Le cul-de-sac proximal de la gaine du fléchisseur du pouce se situe au niveau de l'éminence thénar (pli du poignet, base du métacarpien) ; celui de l'auriculaire se situe en miroir à l'éminence hypothénar, et ces deux gaines peuvent se rejoindre (c'est le cas ici).

Le cul-de-sac proximal de la gaine des 3 doigts centraux se situe au niveau du pli palmaire distal, au niveau de la tête du métacarpien.

■ **Question 6 (5 points)**

- A. NFS, CRP, Hémocultures aérobies et anaérobies**
- B. Radiographie de thorax (bilan pré-opératoire)
- C. Glycémie**
- D. IRM des parties molles de la main
- E. TP, TCA (bilan pré-opératoire)

Commentaire Le bilan doit être réalisé sans attente des résultats. La glycémie permet de faire le diagnostic différentiel avec un trismus lié à une hypoglycémie (peu probable) et également le diagnostic étiologique d'un panaris surinfecté (diabète méconnu ?).

Une radiographie du doigt peut être réalisée en pré-opératoire, pour diagnostiquer une éventuelle ostéite.

Le bilan pré-opératoire fait l'objet de recommandations de la société française d'anesthésie-réanimation (4) – il ne s'agit pas d'obligations réglementaires :

- radiographie de thorax : pas de radiographie de thorax systématique, sauf chirurgie thoracique et pathologie cardiopulmonaire évolutive ou aiguë (5) ;
- ECG : pas en cas d'intervention mineure, pas en cas d'ECG datant de moins de 12 mois ; pour les interventions à risque intermédiaire ou élevé, la réalisation dépend de signes de l'âge (> 65 ans), de signes d'appel clinique, de facteurs de risque cardiovasculaires ;
- bilan d'hémostase : pas de bilan d'hémostase systématique avec une anamnèse et un examen clinique n'évoquant pas un trouble de l'hémostase (il sera à réaliser en cas d'hépatopathie, malabsorption, pathologie hématologique, prise d'anticoagulants et chez les enfants qui ne marchent pas encore et n'ont donc pas pu « tester » leur hémostase en se blessant...).

■ Question 7 (5 points)

- A. Le trismus est un signe tardif d'une primo-infection à tétanos
- B. Le trismus peut évoluer vers une contracture permanente, bilatérale et douloureuse**
- C. Une dysphagie ou une paralysie faciale peuvent être associées**
- D. L'évolution du tétanos se fait par diffusion de *Clostridium tetanii* par voie hématogène
- E. La vaccination est à base d'antitoxine tétanique**

Commentaire Le trismus est le signe le plus précoce en cas de tétanos : le patient ressent d'abord une gêne (indolore) à l'ouverture de la bouche avec douleur uniquement à la mastication, avec l'évolution rapide vers une contracture permanente, bilatérale et douloureuse.

Le délai d'incubation est de 2 à 10 jours ; il s'agit d'une pathologie toxino-gène (fixation d'une toxine sur le système nerveux). En modifiant la toxine (sous l'effet de la chaleur et de formol), on obtient l'anatoxine – et non antitoxine – qui sert à la vaccination.

Un QCM classique du temps de l'internat : la toxine tétanique est antigénique, protéique, neurotrope, thermolabile... mais pas pyrogène (elle survit mal à la chaleur, donc...).

L'évolution du tétanos est une paralysie descendante : une paralysie faciale est possible (notamment dans la forme de tétanos céphalique de Rose post-avulsion dentaire ou post-amygdalectomie), ainsi qu'une dysphagie, un « rire sardonique » (imaginez Robert de Niro en train de se caricaturer, yeux plissés, large sourire avec les commissures en bas et en dehors, sourires élevés...).

■ Question 8 (5 points)

- A. Vous réalisez un dosage des IgG anti-tétanique
- B. Vous réalisez un test rapide de dépistage d'IgG anti-tétanique
- C. Vous transférez Mario en unité de soins intensifs**
- D. La vaccination anti-tétanique permet de conférer une immunité passive rapidement
- E. La vaccination anti-tétanique est contre-indiquée en cas d'allergie à l'œuf

Commentaire Le dosage des IgG anti-tétanique ou un « test rapide » (stick) n'apportera rien au diagnostic ici.

Le traitement du tétanos n'est pas au programme ; il consiste – comme souvent – en un traitement :

- non médicamenteux :
 - symptomatique :
 - > mise à jeun avec alimentation hyperprotidique hypercalorique par sonde nasogastrique ;
 - > intubation oro-trachéale voire trachéotomie si nécessaire ;
 - prophylactique :
 - > kinésithérapie motrice ;
 - > isolement sensoriel (un acte douloureux peut entraîner une contracture paroxystique) ;
 - > prévention des escarres ;
- médicamenteux :
 - symptomatique :
 - > myorelaxation par benzodiazépine type diazépam (le curare est réservé aux formes généralisées) ;
 - étiologique :
 - > traitement de la porte d'entrée (phlegmon, cf. *infra*) ;