

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

Année 1992

SCD UNIV.LIMOGES



Thèse n° 24/11

**DES FAUSSES PISTES AUX VRAIS DIAGNOSTICS :**

Une réflexion sur la démarche diagnostique  
à la lumière de 30 observations pièges



**THESE**

Pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**présentée et soutenue publiquement  
le 26 mai 1992**

**par**

**Corinne LAURENSOU**

née le 23 avril 1965 à METZ (MOSELLE)

**EXAMINATEURS DE LA THESE**

Monsieur le Professeur BOUQUIER.....	Président
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD .....	Juges
Monsieur le Professeur PIVA .....	
Monsieur le Professeur WEINBRECK .....	
Monsieur le Docteur TERLAUD .....	Membres invités
Monsieur le Docteur VENOT .....	

Corinne LAURENSOU

THESE MED LIMOGES 1992

Une réflexion sur la démarche diagnostique à la lumière de 30 observations piégées.

DES FAUSSES PISTES AUX VRAIS DIAGNOSTICS :

1992

AN 4



Ex: 3

Siril: 385847

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

Année 1992

Thèse n° 194

**DES FAUSSES PISTES AUX VRAIS DIAGNOSTICS :**

Une réflexion sur la démarche diagnostique  
à la lumière de 30 observations pièges



**THESE**

Pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**présentée et soutenue publiquement  
le 26 mai 1992**

**par**

**Corinne LAURENSOU**

née le 23 avril 1965 à METZ (MOSELLE)

**EXAMINATEURS DE LA THESE**

Monsieur le Professeur BOUQUIER.....	Président
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD .....	
Monsieur le Professeur PIVA .....	Juges
Monsieur le Professeur WEINBRECK .....	
Monsieur le Docteur TERLAUD .....	
Monsieur le Docteur VENOT .....	Membres invités

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **BONNAUD**  
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur **PIVA**  
Monsieur le Professeur **COLOMBEAU**

PERSONNEL ENSEIGNANT

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

ADENIS Jean-Paul	Ophtamologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAU Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologie
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale

GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie- Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A tous ceux que j'aime

. qu'ils trouvent ici le témoignage de mes  
sentiments les plus profonds.

Pour toujours.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur BOUQUIER

Professeur des Universités de Pédiatrie

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service de Pédiatrie

Nous le remercions de l'exemplarité de son enseignement et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre profond respect.

A Madame le Professeur ARCHAMBEAUD

Professeur des Universités de Médecine Interne

Médecin des Hôpitaux

auprès de qui nous avons beaucoup appris quant à  
la démarche diagnostique et à sa nécessaire  
rigueur.

Nous la remercions d'avoir accepté de juger ce  
travail et nous l'assurons de notre profond  
respect.

A Monsieur le Professeur PIVA

Professeur des Universités de Médecine Légale

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Nous le remercions de son enseignement et d'avoir  
accepté de juger ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond  
respect.



A Monsieur le Professeur WEINBRECK

Professeur des Universités Maladies Infectieuses  
et Tropicales  
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions de l'enseignement prodigué au  
cours des stages effectués dans son Service,  
et d'avoir accepté de siéger dans ce jury.  
Qu'il trouve ici l'expression de notre profond  
respect.

A Monsieur le Docteur TERLAUD

Spécialiste de Médecine Interne

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Nous le remercions de nous avoir activement soutenu et encouragé dans la réalisation de ce travail et d'accepter de siéger dans ce jury. Son riche enseignement, ses précieux conseils et son enthousiasme seront des repères que nous aimerions garder en mémoire tout au long de notre vie professionnelle future. Qu'il trouve ici le témoignage de notre profond respect.

Sincèrement.

A Monsieur le Docteur VENOT

Médecin Spécialiste de Gastro-Entérologie et de  
Médecine Interne  
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions pour ses qualités humaines et  
médicales dont il a su nous faire profiter.

"Aller jusqu'au bout de son raisonnement" pourrait  
être notre 12ème "auto-commandement" appris en  
travaillant à ses côtés.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond  
respect.

A Messieurs les Docteurs BAYO, DELHOUME, MOULIN  
du Service de Médecine Interne Cardiologie  
de l'Hôpital de Saint Junien

qui ont su nous entourer de leurs compétences  
et de leur sympathie.

Sincères remerciements.

A tout le personnel du Service de Médecine Interne de  
l'Hôpital de Saint Junien

pour leur chaleureuse coopération au cours  
de nos stages.

A Monsieur le Docteur GROUSSEAU

Chirurgien à l'Hôpital de Saint Junien  
et à son épouse pour leur aimable concours.

A Monsieur le Professeur UMDENSTOCK

Nous sommes sensibles à l'intérêt qu'il porte  
à ce travail et nous l'on remercions vivement.

PLAN

I - AVANT-PROPOS

II - JUSTIFICATION D'UN TITRE

- II-1- Les vertus de l'interrogatoire.
- II-2- La nécessité de l'examen clinique
- II-3- La biologie = des chiffres donc une attention mathématique
- II-4- Les lumières de l'imagerie
- II-5- La polypathologie
- II-6- Les "lois" médicales
- II-7- Le but d'une thèse
- II-8- Une unité de lieu
- II-9- Ces trente observations : choix, chronologie

III - TRENTE OBSERVATIONS PIEGES

IV - ANALYSE DES OBSERVATIONS

- IV-1- Première série : observations 1 à 10
- IV-2- Deuxième série : observations 11 à 20
- IV-3- Troisième série : observations 21 à 30
- IV-4- Récapitulation
- IV-5- 11 "AUTO-COMMANDEMENTS"

V - POUR CONCLURE

- V-1- Un peu d'histoire
- V-2- TDM, IRM et ORDINATEUR
- V-3- L'erreur médicale
- V-4- Les 11 "AUTO-COMMANDEMENTS" en 1992
- V-5- Passé et présent : mêmes objectifs

I - AVANT - PROPOS



..."La gloire d'Amérigo Vespucci rayonne dans toute sa splendeur. Alors que tous les autres se trompaient et se laissaient aveugler par l'illusion qu'on avait découvert les Indes à l'ouest, lui seul a vu la vérité : il s'agit d'un Mondus Novus, d'un nouveau monde, d'un autre continent."

STEFAN ZWEIG

Amerigo.

Récit d'une erreur historique.

(1944)

L'histoire des hommes abonde en découvertes qui furent bien différentes de ce qu'ils cherchaient ou imaginaient. Christophe Colomb, il y a cinq siècles, commit la plus célèbre des erreurs géographiques. La médecine et les sciences ont multiplié les inventions imprévues, au terme de cheminements qui se sont écartés de leur direction première.

Il n'est pas nécessaire de faire plus avant référence à l'histoire pour savoir que "l'ERREUR est humaine" et que, dans la démarche du diagnostic médical, "l'ERRANCE" est une embûche quotidienne, souvent riche de sens.

L'important est de reconnaître, aux itinéraires imparfaits, leur valeur de perfectionnement de l'esprit. Tel est le but de ce travail, qui a probablement pris son inspiration dans un petit livre - "Histoires de chasse en Rhumatologie" - écrit par l'équipe de Stanislas DE SEZE et de Marcel-Francis KAHN pour enseigner à déjouer les mirages.

Sans nulle prétention de jugement ou d'exemplarité - ce travail n'a qu'un seul but : celui de montrer les failles qui s'ouvrent chaque jour dans la réflexion portée sur "le" malade, au moyen de TRENTE OBSERVATIONS-PIEGES où la piste initiale est fautive parce qu'un détail manque ou parce qu'un masque a dissimulé la vérité. Mais l'erreur n'y est jamais fustigée ni condamnée. Elle est au contraire racontée et vécue selon le sens profond que lui attribuait l'un des plus grands industriels français du début du siècle :

"LA MAISON A ETE BATIE SUR DES ERREURS  
DONT ON A SU TIRER LA LEÇON".



## II - JUSTIFICATION D'UN TITRE

\* Cette thèse pourrait être l'illustration de l'adage qui veut que la réalité soit souvent bien différente de l'apparence. Dans le domaine de la médecine, il est relativement courant de voir un tableau pathologique constituer un leurre assez séduisant pour que l'esprit du praticien succombe à son attrait éphémère. Une attention plus soutenue, une lecture plus affinée du dossier, l'émergence improvisée d'un détail jusqu'alors étouffé sous l'abondance des faux-semblants, et surtout la dysharmonie qui s'établit entre l'amélioration escomptée et la stagnation voire l'aggravation de la maladie, tout cela vient troubler le médecin : celui-ci avait allègrement suivi une FAUSSE PISTE. Le VRAI DIAGNOSTIC se fait jour, une sorte de lampe d'Aladin dissipe le mystère : tout s'ordonne...

\* Il existe une grande satisfaction à voir ainsi le praticien transformé en redresseur de torts mais, les torts étant précisément les siens propres, la modestie doit prendre le pas sur le plaisir. L'exercice de la médecine est une permanente école d'humilité. Ce n'est pas le moindre de ses charmes.

\* La thèse de Doctorat en Médecine de Jean-Marie VETEL, médecin hospitalier au Mans, avait pour titre "Cinquante diagnostics à ne pas manquer". Ce travail excellent et percutant, qui a été publié sous la forme de cinquante articles par le "Concours Médical" dans les années 1977-1978, a servi de second catalyseur à la présente étude, dont le thème est toutefois très différent. Il ne s'agit pas, en effet, de mettre en exergue cinquante observations dont chacune rappelle une maladie capitale qu'il faut à tout pris garder en mémoire. Il s'agit de constater, dans les TRENTE cas cliniques rapportés, de quelle manière une hypothèse de diagnostic qui s'imposait initialement à l'esprit s'est vue secondairement battue en brèche à la lumière d'une réflexion plus mûre, de voir quelle est la démarche, accélérée ou hésitante, qui a permis de quitter LA

FAUSSE PISTE pour rejoindre le VRAI DIAGNOSTIC, et de montrer, autant qu'il est possible, où résidait la FAILLE.

\* On pourra de la sorte apprécier la fréquente complexité de la médecine - qui est un autre de ses charmes et, surtout, démontrer que le diagnostic, dès l'instant qu'il n'est pas aussi simple qu'on aurait pu le croire dans une première approche, exige une totale méticulosité. Généralement, quand la piste est fautive, c'est parce que l'interrogatoire a été incomplet ou l'examen clinique insuffisant, ou le regard sur la biologie par trop rapide, ou le dossier d'imagerie mal exploité. Et les pièges sont souvent d'autant plus perfides que les "examens complémentaires" abondent.

## II - 1 - LES VERTUS DE L'INTERROGATOIRE.

Dans l'admirable petit livre émanant de l'équipe de Stanislas DE SEZE, "Histoires de chasse en Rhumatologie", la mésaventure est contée d'un "judoka gourmet", kinésithérapeute hospitalier, dont l'épanchement pleural rebelle avait revêtu tous les funestes oripeaux d'une étiologie maligne. L'interrogatoire avait formellement établi que ce jeune sportif n'ingurgitait jamais ni lait ni laitages ni fromages. C'est au moment même où s'installait le désespoir qu'un des soignants trouvait la faille bienfaisante : jamais de fromages, jamais, certes - à la seule exception toutefois de petits "crottins" de chèvre sauvagement artisanaux émanant d'un ami écologiste et berger et expédiés spécialement au kinésithérapeute du fond d'un petit village de l'Aveyron. Nul n'avait évoqué la brucellose qui était responsable, bien entendu curable !

Il faut garder en mémoire la très subtile réponse de Fred SIGUIER aux médecins anglo-saxons qui s'étonnaient de ne pas percevoir, à travers la multiplicité de ses publications, la spécialité précise de cet interniste :

"Ma spécialité ? C'est l'interrogatoire!..."

Sans doute ne doit-on pas caricaturer le jeune médecin des années 1992 et le montrer prescrivant une multitude d'examens paracliniques avant même que le malade ait achevé de lui faire part de ses doléances - mais cette situation n'est-elle pas quelquefois un peu vraie ? Qui peut, à notre époque, affirmer qu'il n'a pas commis un tel pêché de précipitation - lequel mérite un pardon au moins partiel quand le temps manque ou quand le malade est aussi avide que le médecin, si ce n'est davantage, de moyens technologiques ?

L'obligation d'un interrogatoire fouillé ne s'arrête d'ailleurs pas au diagnostic. La prescription d'un antibiotique ne peut décentement être effectuée sans connaître l'éventualité d'une allergie, ou celle d'un anti-inflammatoire sans poser quelques questions préalables ; la liste est inépuisable et la rigueur d'autant plus indispensable.

Ajoutons que l'interrogatoire, parfois, consiste simplement en une "ECOUTE" qu'il faut savoir privilégier sans l'entraver d'opinions préconçues : ainsi, une mère, qui a généralement de son enfant une connaissance profonde, doit-elle être entendue quand elle exprime une angoisse, une inquiétude, même si l'apparence immédiate semble contredire cette attitude maternelle. Il est arrivé que la méningite bactérienne d'un petit enfant soit méconnue par l'inattention, voire l'opposition, aux déclarations d'une mère qui faisait état de symptômes précis, moins apparents au moment où l'enfant est examiné.

## II - 2 - LA NECESSITE DE L'EXAMEN CLINIQUE.

L'examen clinique conserve une importance majeure. Il doit être complet, non seulement axé sur la symptomatologie qu'expose le malade, mais aussi attaché à prendre en compte tous les appareils. La méconnaissance d'un seul

dysfonctionnement peut égarer le praticien vers des routes incertaines et des illusions préjudiciables. L'érythème fessier d'un nourrisson ou sa banale maladie de Leinert-Moussous n'empêchent pas de palper ses artères fémorales ni de prendre sa tension artérielle. La porte d'entrée d'une septicémie n'est pas toujours évidente à trouver : tout doit être vu, des cheveux aux doigts et aux orteils, sans oublier les dents. Le malaise d'une femme jeune, avant la réalisation d'un bilan sophistiqué, nécessite impérativement de ne pas laisser passer une grossesse extra-utérine, ce qui implique pour le moins, après un bon interrogatoire, un examen gynécologique de qualité, car l'échographiste et le biologiste ne sont pas toujours à proximité du médecin traitant. Un bouquet d'herpès débutant ou quelques pétéchies bien cachées peuvent prendre une extrême valeur dans un contexte fébrile qui paraissait "nu", et le souffle cardiaque a le mérite (ou l'inconvénient - selon le point de vue du malade ou du médecin) de faire basculer vers la suspicion d'une endocardite tel tableau qui paraissait infectieux, mais anodin. Tous les ouvrages généraux récents, qu'ils s'appellent "Des symptômes à la décision", livre écrit sous la direction de Georges TCHOBROUTSKY, ou "Pédiatrie d'urgence", émanant d'une équipe conduite par Gilbert HUAULT et Bernard LABRUNE, mettent l'accent sur la valeur première de l'examen clinique. Comment rapporter à une cause précise la dyspnée aiguë d'un enfant si l'on n'en lit pas sur lui-même les caractères déjà déterminants ? Comment reconnaître qu'un état infectieux est grave ou, à l'inverse, bien toléré, sans avoir considéré le faciès, la peau, les éléments hémodynamiques et la manière de respirer ? Même si le siècle de Laënnec est révolu, même si l'on peut être mieux aidé en performances techniques, avec les moyens actuels, que ne l'était devant un abdomen le très minutieux Henri MONDOR, le regard sur le malade, la main qui le palpe, le stéthoscope qui l'écoute, le sempiternel marteau à réflexes demeurent irremplaçables.

Il est agréable de lire, dans l'"Introduction à la pratique de la médecine", ouvrage collectif de 1981, sous la plume de J.L. FUNCK-BRENTANO,

néphrologue, et de R. FISCHER, médecin généraliste, ces lignes dont aucun mot ne peut être changé : "Le perfectionnement de nos moyens d'investigation, l'avènement de thérapeutiques véritablement efficaces confèrent à la démarche clinique une force nouvelle. Cette démarche ouvre en effet la voie aux examens complémentaires, en guide le choix, en limite les excès. Combien d'investigations coûteuses et inutiles seraient épargnées au malade si le médecin en avait fondé les indications sur les données d'un examen clinique conduit avec rigueur ! Combien d'interprétations erronées seraient évitées si les résultats des examens complémentaires avaient été confrontés avec ceux de la clinique !"

### II - 3 - LA BIOLOGIE = DES CHIFFRES, DONC UNE ATTENTION "MATHEMATIQUE"

Quant à la biologie, elle a atteint son heure de gloire, à juste titre. Mais la faute serait de ne pas en maîtriser l'usage et de ne pas en juxtaposer les chiffres aux éléments de la "vieille" clinique, même quand cette biologie est, à elle seule, significative. Chacun sait qu'un saignement aigu peut s'accompagner, à son début, d'une hémoglobine faussement rassurante, qu'un syndrome inflammatoire biologique n'a de valeur que s'il est rapporté à son contexte, que l'élévation de la créatininémie n'a de sens qu'en fonction d'une situation clinique ou thérapeutique bien définie. Il est, en outre, certain que l'attention aux résultats biologiques doit être d'autant plus vigilante que les examens demandés ont été plus nombreux. Il suffit d'une discrète anomalie non prise en compte pour qu'une orientation diagnostique soit perturbée, ne se trouvant corrigée peut-être que lors d'une accentuation déjà sévère témoignant tardivement de l'erreur et du temps perdu. Et l'on a pu montrer, d'une manière assez récente, que cette biologie, à bon escient vénérée, comportait le risque, par son prestige même, d'égarer parfois les esprits : un médecin hospitalier ayant,

avec quelques complicités locales, introduit subrepticement dans la liste des examens biologiques de son service un paramètre qui ne voulait rien dire et ne correspondait à rien, on a assisté à ce fait déconcertant que cet examen-fantôme a été coché sur la liste avec une fréquence soutenue et même commenté et inclus dans des raisonnements diagnostiques - à la grande confusion des prescripteurs quand l'annonce leur fut faite de la supercherie. Il n'y avait aucune malignité dans l'intention - mais quel fructueux enseignement !

#### L'ANALYSE-BIDON

Dans un grand service hospitalier, un patron a voulu vérifier comment ses collaborateurs demandent les analyses biologiques : Comment raisonnent-ils, comment s'adaptent-ils à chaque malade? Il a dressé une liste-type d'investigations, et les prescripteurs cochaient les analyses demandées au laboratoire.

Parmi ces investigations, généralement désignées par des sigles, il a introduit des initiales ne correspondant à aucune analyse connue : cette analyse bidon fut aussi souvent demandée que les autres.

A. P. de Paris - ENA.  
Cinq exercices d'analyse économique  
en milieu hospitalier. Paris 1975.

## II - 4 - LES LUMIERES DE L'IMAGERIE

Les chasse-trappes n'épargnent malheureusement pas l'imagerie médicale, qui a largement acquis ses lettres de noblesse. Il n'est plus nécessaire de vanter la qualité et l'innocuité de l'échographie, les révélations éblouissantes

de la tomодensitométrie et de la résonance magnétique nucléaire. Mais, dans ce domaine aussi, la prudence, la qualité technique et le caractère complet de la lecture des documents sont absolument essentiels. Le passionnant ouvrage de D. BUTHIAU "TDM et IRM cliniques", préfacé par Pierre GODEAU avec une subtilité et un bon sens étroitement associés, commence par rappeler qu'il n'est pas anodin de demander un scanner injecté sans savoir si le patient a des antécédents allergiques, qu'il est dangereux de manier les produits de contraste dans certaines conditions d'âge, de fonction rénale imparfaite, d'hydratation insuffisante, de diabète ou de myélome. Tout cela paraît évident - mais la véritable évidence n'est-elle pas qu'il faut répéter les grands conseils de prudence et les grands impératifs ?

Il y a une ruée sur l'échographie, mais elle n'est un prestigieux outil qu'entre les mains de cliniciens bien formés.

Par ailleurs, tout cliché, qu'il soit traditionnel ou modernisé, doit être regardé avec un esprit de synthèse aussi perfectionniste que la technique correspondante est perfectionnée. On ne trouve, c'est bien connu, que ce que l'on cherche - mais il n'est pas rare, en matière d'imagerie, de trouver également ce que l'on ne cherchait pas : le petit corps étranger inattendu des voies respiratoires, la vertèbre douteuse qui apparaît sur le cliché abdominal sans préparation (et qu'il faudra, bien sûr, vérifier sur un vrai cliché rachidien), la côte lysée qu'il faut savoir repérer sur la radiographie thoracique qui traquait une pneumopathie... Le cliché pulmonaire de face est, de temps en temps, contredit par son homologue de profil : les médiastins ont des mystères difficiles ; les grisailles abdominales sont pleines de sens pour qui les pratique avec familiarité. Là comme ailleurs, le "second look" est fréquemment d'un étonnant bénéfice, comme peut l'être aussi le regard neuf d'un praticien qui ne connaît pas le dossier et qui le découvre avec une fraîcheur enrichissante : c'est ici l'intérêt de la coopération, du compagnonnage.



## II - 6 - LA POLYPATHOLOGIE

Il est nécessaire, dans les "aventures", de faire une juste place à la polypathologie, qui est particulièrement fréquente chez les personnes âgées, sans même faire référence aux incidents iatrogènes qui viennent à leur tour ajouter des inconvénients en cascade. En ce domaine, l'arbre cache volontiers la forêt, la difficulté est à chaque pas. Il y faut naviguer avec des précautions réitérées. Le travail ici présenté apporte plusieurs documents démonstratifs : on pourra constater que, pour tel malade, deux ou même trois pistes découvertes sont justes et que le problème est alors de bien établir la hiérarchie dans le choix des attitudes.

## II - 7 - LES "LOIS" MEDICALES

A côté des multiples angles de vision qui viennent d'être énumérés, il existe - découlant précisément de ces perspectives diversifiées - des lois (sans rapport avec la justice) qui reflètent avec bonheur l'expérience et la sagesse accumulées par les médecins de toutes les disciplines. Il est bon de les apprendre avant même d'en avoir compris la substance, dès les premiers balbutiements des études, car leur vérité et leur force sont inébranlables. Savoir, dès que possible, que devant tel symptôme il faut avoir la hantise de tel diagnostic est d'une sécurité majeure. On apprend de telles lois au pied du lit du malade et dans les livres : il n'y a pas d'improvisation possible. Il est évident que, peu à peu, l'étudiant en pénètre le sens en forgeant sa propre expérience : il n'en ressent que mieux l'irremplaçable valeur. Les bons maîtres ont des maximes qu'ils se plaisent à répéter, comme les bons livres ont des formules encadrées qu'il faut retenir sous peine d'imperfections, voire de drames. "Il faut toujours penser à..."

"Il ne faut jamais..." Chacun garde ces injonctions en mémoire : elles sont le meilleur des abris contre la menace de l'erreur. Mais elles ne dispensent jamais le médecin de sa réflexion personnelle. Elles sont un tremplin et non pas un carcan.

## II - 7 - LE BUT D'UNE THESE

Il paraissait indispensable d'avoir une vision globale de la pratique médicale dans ses diverses nuances avant de braquer un projecteur exclusif sur les pièges qu'elle comporte et les fausses pistes que ceux-ci engendrent. La FAUSSE PISTE ne sera jamais décrite comme une critique ou une condamnation du praticien qui s'est, momentanément, égaré.

Les trentes observations citées constituent une illustration de la complexité d'une profession choisie en connaissance de cause et aimée. Beaucoup plus profitable que la dénonciation d'une imperfection (au sens péjoratif du terme), c'est la condition de sa survenue qui est recherchée et sa valorisation (au sens le meilleur du mot). Non pas son excuse, mais le souci de ne pas la masquer pour justement ne pas la renouveler. Parfois, il manque à un interrogatoire le détail révélateur, ou à l'examen clinique la perception d'une anomalie sournoise, ou à la lecture du bilan biologique et des radiographies la vision d'un signe qui n'a pas assez frappé l'oeil. Parfois, il s'agit tout simplement d'une information que le malade ou sa famille ont oublié de fournir et qu'il n'était pas obligatoire de quémander. Parfois, le piège émane de l'évolution naturelle imprévisible d'un état pathologique. Parfois enfin la situation est difficile en soi - et les praticiens les plus chevronnés connaissent l'angoisse d'une telle situation.

Chaque observation aura un titre et définira côte à côte la mauvaise piste et le vrai diagnostic. La révélation de la faille en constituera généralement la moralité.

## II - 8 - UNE UNITE DE LIEU

Toutes les observations recueillies dans ce mémoire proviennent du Centre Hospitalier de SAINT JUNIEN (Service de MEDECINE INTERNE) à l'exception d'une seule, qui appartient à un médecin généraliste de cette même ville.

## II - 9 - CES TRENTE OBSERVATIONS

sont exposées d'une manière qui ne comporte aucune volonté de difficulté croissante, aucun a priori quant à l'intérêt différent de tel cas par rapport à tel autre. Il y a des faits qui peuvent paraître simples comme des "affaires" plus ambiguës. Le choix a été conditionné par le souci de fournir un éventail assez large et représentatif des "errances" de la démarche diagnostique.

Elles se situent :

- en 1967 pour 1
- de 1975 à 1979 pour 4
- en 1981 pour 1
- et surtout de 1983 à 1992 pour 24.

Nous avons examiné personnellement les malades qui correspondent aux années 1990 et 1991 - et reconstitué la démarche diagnostique à partir des dossiers pour les autres malades. Parmi ceux-ci, nous avons également examiné les patients qui, atteints d'une pathologie chronique ou souhaitant une surveillance à distance de leur pathologie aiguë, sont revenus à la consultation hospitalière.

III - TRENTE OBSERVATIONS

PIEGES

- 1 - Un abcès du poumon
- 2 - Une fièvre "Q"
- 3 - Une fausse embolie pulmonaire
- 4 - Une pleurésie purulente du nourrisson
- 5 - Une péritonite asthénique
- 6 - Une hyperthyroïdie du sujet âgé
- 7 - Une cardiomyopathie non obstructive
- 8 - Un méningiome de la petite aile du sphénoïde
- 9 - Un purpura fulminans
- 10 - Une ascaridiose
- 11 - Une spondylodiscite tuberculeuse
- 12 - Une spondylodiscite staphylococcique
- 13 - Une affaire de botulisme
- 14 - Un hématome sous-dural inattendu
- 15 - Un phéochromocytome
- 16 - Une maladie de Crohn
- 17 - Une tumeur carcinoïde du grêle
- 18 - Un kyste hydatique
- 19 - Une hépatite toxique grave par Cotrimoxazole
- 20 - Une tumeur villeuse
- 21 - Un coma... d'origine rectale
- 22 - Une périartérite noueuse
- 23 - Un myélome à surprises
- 24 - Une maladie de Steinert
- 25 - Un angiomyolipofibrome du rein
- 26 - Histoire d'un SIDA
- 27 - Un syndrome de SHEEHAN
- 28 - Une paraffinose pulmonaire
- 29 - Une étrange pneumopathie aiguë
- 30 - Une maladie périodique

NOTE

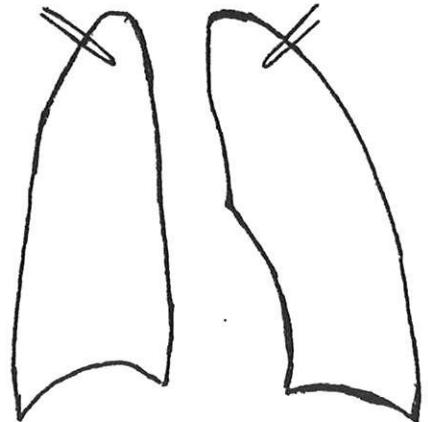
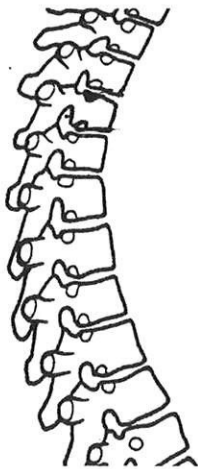
Dans toutes les observations rapportées, les abréviations ou les sigles utilisés correspondent à des notions courantes (VS, NFS, Hb, leucocytose à PN, ECBU, ASP, FID ou FIG, etc...).

D'autre part, les médicaments sont indiqués le plus souvent, pour des raisons de simplification, sous leur nom commercial.

- 1 -

UN ABCES DU POUUMON

La conviction du malade ne doit pas entrainer nécessairement celle du médecin.



Cette première observation est volontairement simple.

\* \* \* \*

Madame Monique J..., âgée de 32 ans, a la certitude d'avoir une

#### PATHOLOGIE RACHIDIENNE

pour la bonne raison qu'elle a ressenti, à la fin d'une compétition de tennis, une DOULEUR DORSALE qui, depuis lors, a persisté d'une manière sourde, quasi continue, sans entraver sa mobilité vertébrale. Elle a eu des CLICHES DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE de face, de profil, de 3/4, qui sont rigoureusement normaux. Elle n'est pas soulagée par un traitement anti-inflammatoire (VOLTARENE), pas davantage par une kinésithérapie soutenue. Depuis une semaine, elle a pris sa température, devant l'existence de frissons : celle-ci est entre 38° et 39° ; elle ressent en outre une nette asthénie. Elle est donc hospitalisée pour recherche d'une spondylodiscite : telle est la suspicion du médecin traitant.

#### AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION, LE 7 SEPTEMBRE 1989

Cette jeune femme, qui n'a pas d'antécédents notables (ni médicaux, ni chirurgicaux ni obstétricaux) et qui prend une contraception orale avec surveillance clinique et biologique semestrielle, a donc

- une DORSALGIE qui dure depuis 15 jours et prédomine à droite,
- une fièvre à 38°2

Mais son examen clinique permet probablement d'exclure une pathologie rachidienne car

#### LE RACHIS EST SOUPLE

dans tous ses segments, en particulier au niveau dorsal ; il n'y a aucune douleur provoquée à la percussion. La lecture des clichés rachidiens d'août 1989 confirme leur caractère normal.

En revanche, l'auscultation pulmonaire découvre

#### DES RALES "BULLEUX" DE LA BASE DROITE

et la mobilisation, lors de l'examen, engendre

#### UNE TOUX SECHE

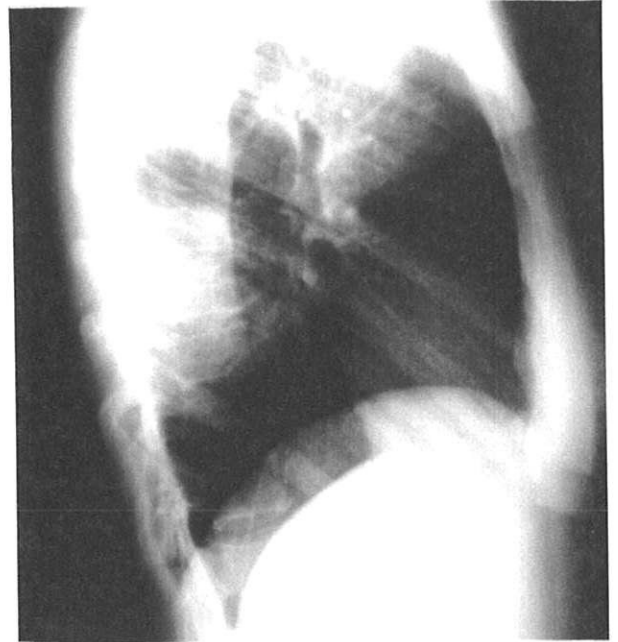
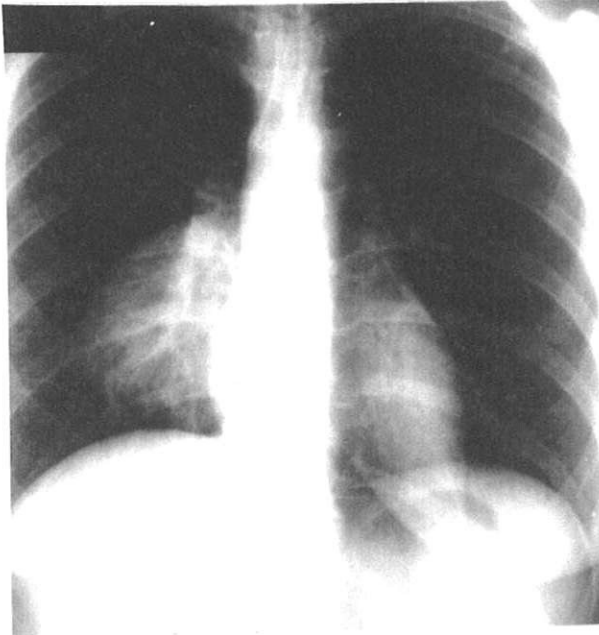
- non productive,  
- qui, en fait, existe depuis une dizaine de jours, mise par la malade sur le compte d'un TABAGISME - qui est récent (1 an).

#### RIEN N'EST DONC PLUS SIMPLE QUE DE DEMANDER

\* DES CLICHES PULMONAIRES



lesquels montrent une volumineuse opacité thoracique droite, de face et de profil, sans niveau liquide.

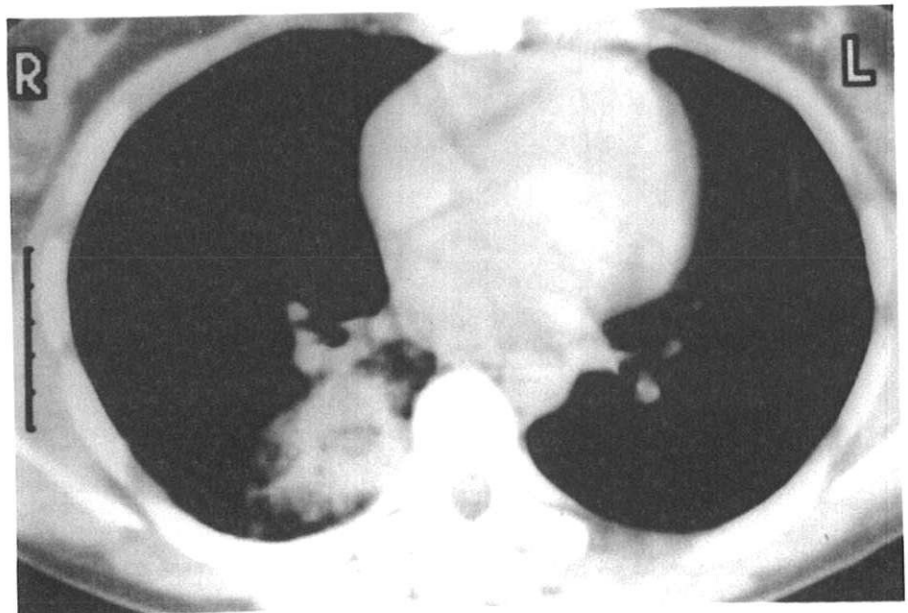


On complète l'exploration par

- UNE FIBROSCOPIE BRONCHIQUE qui montre un état inflammatoire des bronches du côté droit, sans aucune lésion suspecte (par ailleurs, l'appareil ORL, la trachée, la carène et les bronches gauches sont sans anomalie) ; un brosseage est effectué ;
- et surtout un SCANNER THORACIQUE qui permet le diagnostic

D'ABCES DU POUMON DROIT

- \* au niveau du segment apical du lobe inférieur
- \* sans anomalies pleurales
- \* sans masse ni adénopathie médiastinale.



En voyant ces clichés, il est possible de comprendre la DOULEUR "RACHIDIENNE" par contiguité.

\* LA BIOLOGIE ne surprend pas :

- leucocytose à 26 200, 93 % de P.N.
- VS : 113 mm...
- note hépatique initiale (gammaGT x 3, phosphatases alcalines x 1,5) rentrant dans l'ordre en une semaine

LE TRAITEMENT COMPORTERA

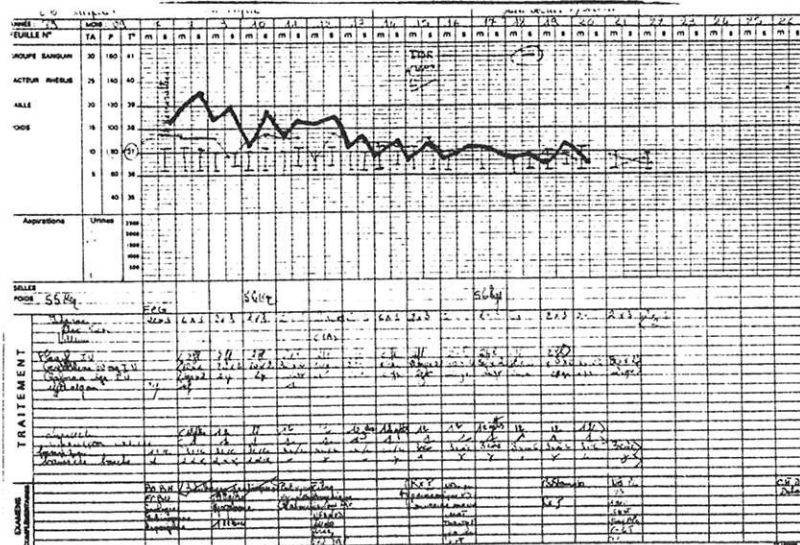
l'association de 3 antibiotiques, la fonction rénale étant normale,

- CLAFORAN (1 g x 3) }
- FLAGYL (0,500 x 2) } par voie veineuse
- GENTALLINE (80 mg x 2) }

l'aminoside ayant été interrompu au bout d'une semaine et les 2 autres antibiotiques injectés pendant 14 jours - avec relai oral par OROKEN.

L'EVOLUTION

a été favorable, sans séquelles :



- Il n'y a pas eu de vomique
- Les investigations n'ont pas permis un diagnostic bactériologique
  - . le prélèvement bronchique a ramené un ENTEROCOQUE qui ne paraît pas devoir être en cause
  - . les hémocultures sont restées négatives
  - . les sérologies aspergillaires étaient toutes négatives
  - . la recherche d'une hydatidose également

. la recherche de BK a été négative aussi, l'IDR à la tuberculine était négative

- Par ailleurs,

- . on n'a pas , à l'interrogatoire, mis en évidence le moindre épisode infectieux patent dans les semaines précédant la doléance
- . il n'y avait pas de pathologie sinusienne
- . 2 kystes dentaires ont rendu nécessaire l'extraction des 2 dents correspondantes.

- Enfin, chez cette femme non éthylique, aucune immuno-dépression n'est notée

- . immunoglobulines normales, bilan hématologique normal
- . bilan immunitaire complet normal
- . sérologie HIV négative à 2 reprises à 3 mois d'intervalle
- . pas de diabète.

#### AU COURS DES MOIS SUIVANTS

des examens réguliers n'ont pu que constater la totale guérison. Aucune pathologie sous-jacente n'a été notée. La biologie est restée normale. Le dernier examen remonte à janvier 1992.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE résidait dans l'obstination de la malade à considérer sa douleur comme rachidienne, encouragée en cela par son entourage sportif et kinésithérapique.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC découle d'une attitude systématique consistant à chercher toujours, devant un syndrome douloureux, ce qui relève du contexte anatomique - et des données d'un examen rigoureux.

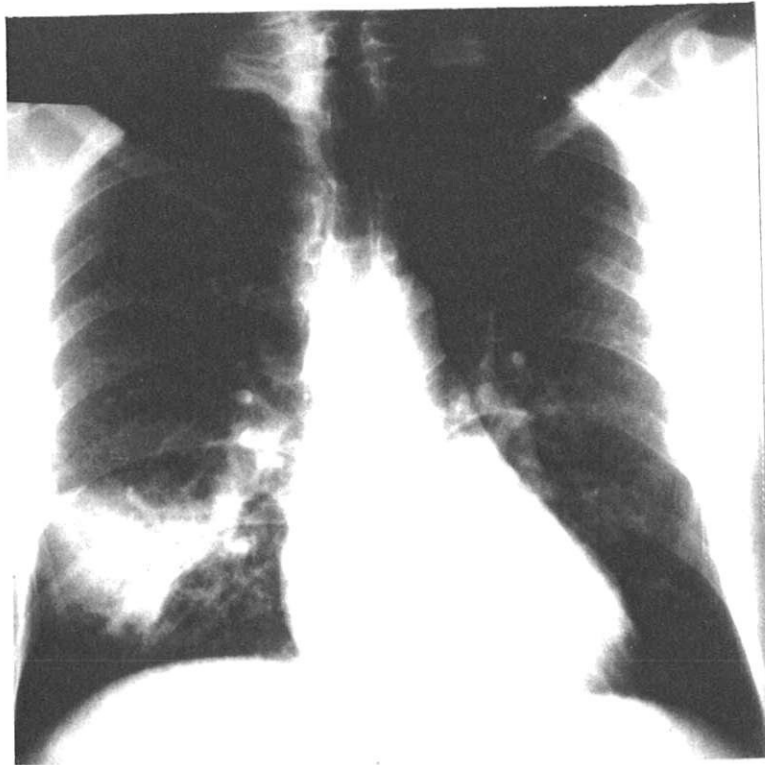
# # # # # # # # # # #

Les abcès du poumon sont des suppurations circonscrites du parenchyme pulmonaire survenant le plus souvent sur un terrain fragilisé : déficit immunitaire, diabète, éthylisme, fausses routes. On note très fréquemment un intervalle libre entre l'épisode bactérien initial et l'apparition de l'abcès. Le caractère très atténué de la pneumopathie bactérienne initiale et le fait que souvent elle ait été "décapitée" par un traitement antibiotique (insuffisant) expliquent la possibilité du dépistage d'abcès pulmonaire lors d'un examen radiologique systématique. Dans d'autres cas, une modification de l'expectoration : vomique, fétidité de l'expectoration ou de l'haleine, hémoptysie sont des signes d'une grande valeur d'orientation. La fibroscopie bronchique permet de mieux localiser la suppuration, d'effectuer des prélèvements pour analyse bactériologique et d'éliminer un obstacle bronchique sous-jacent (cancer, corps étranger). L'évolution est le plus souvent favorable sous antibiothérapie adaptée.

- 2 -

## UNE FIEVRE "Q"

La biologie est importante : il faut donc la regarder rigoureusement.



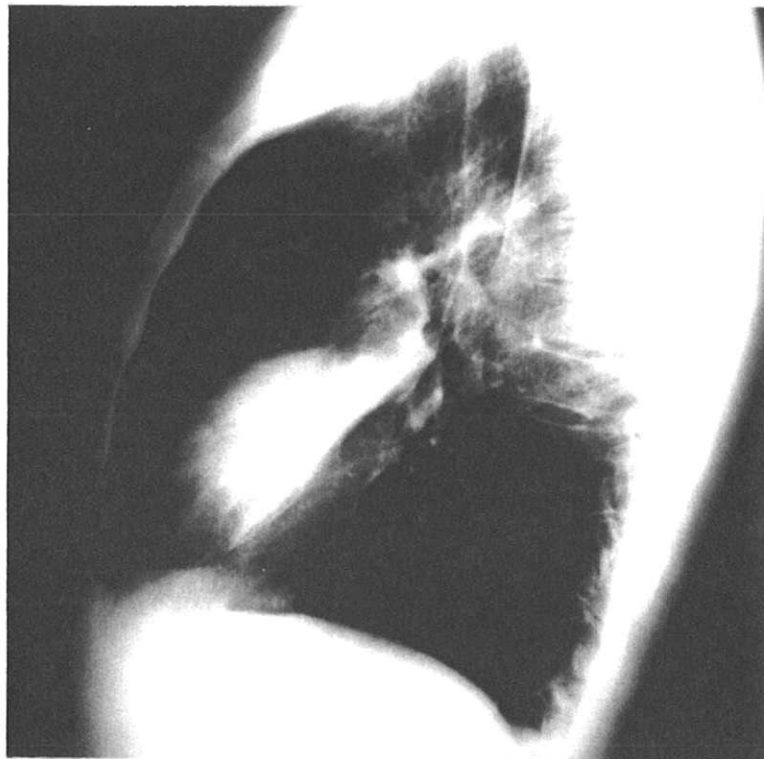
Monsieur André C... est un cultivateur charentais de 50 ans, sans antécédents particuliers, qui est hospitalisé en 1990 pour un tableau clinique de

#### PNEUMOPATHIE AIGUE

. LE DEBUT A ETE TRES BRUTAL par

- \* une fièvre soudaine à 40°8
- \* des frissons intenses
- \* un "point de côté" à droite

. LE CLICHE DU THORAX montre immédiatement une pneumopathie basale droite SYSTEMATISEE, LOBAIRE INFERIEURE.



. Il n'en faut pas davantage pour conclure sans ambage à une

#### PNEUMONIE FRANCHE LOBAIRE AIGUE

et pour traiter

- \* après réalisation de 3 hémocultures
- \* après recherche d'antigènes solubles pneumococciques

dans les urines

par PENICILLINE G I.V. : 15 millions d'UI/jour

- \* en espérant une amélioration dans les 3 jours.

. TEL N'EST PAS LE CAS. En effet,

- \* la fièvre reste à 40° malgré l'antibiothérapie
- \* le malade ne ressent aucune amélioration de ses symptômes et a, de surcroît, une toux sèche importante.

. LE DOSSIER EST ALORS REPRIS et l'on est frappé par

### L'ABSENCE D'HYPERLEUCOCYTOSE

\* 6 000 leucocytes, 50 % de P.N.  
\* ce qui surprend dans le contexte supposé d'une pneumococcie.

. EN OUTRE,

1 - les hémocultures sont négatives (ce qui ne prouve rien en matière de diagnostic étiologique)

2 - un nouvel interrogatoire montre que le malade s'occupe beaucoup et quotidiennement d'un important bétail, bovins et ovins

3 - et le médecin traitant téléphone pour aviser qu'il souhaite hospitaliser le fils du malade, atteint d'une symptomatologie à peu près identique.

Le diagnostic est alors évoqué - parmi celui des diverses pneumopathies dites "atypiques" - d'une

FIEVRE "Q"
------------

\* "QUERY FEVER" liée le plus fréquemment au bétail  
\* qui n'est pas rare en Charente  
\* qui s'exprime exceptionnellement par des pneumopathies SYSTEMATISEES... mais ceci est décrit dans la littérature.

d'où :

1 - la réalisation d'un séro-diagnostic pour COXIELLA BURNETTI qui reviendra positif à 1/320

2 - le changement de thérapeutique au profit de la DOXYCYCLINE (plutôt que d'une fluoro-quinolone qui aurait été également adaptée).

Ce traitement aboutit à une amélioration nette en 4 jours, complète en 15 jours.

La pneumopathie du fils du malade était également une FIEVRE "Q", prouvée elle-aussi par le séro-diagnostic.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était celle, légitimement évoquée, d'un PFLA.

\* LA SEULE FAILLE a été la lecture non rigoureuse de la biologie : un doute aurait pu exister devant l'absence d'hyperleucocytose et conduire, en conséquence, à une antibiothérapie différente, couvrant à la fois le pneumocoque et les germes des pneumopathies atypiques, par exemple l'association de Pénicilline G et d'une fluoro-quinolone.

En fait, la non-amélioration au 4ème jour par la seule Pénicilline G a fait modifier le traitement dans un délai tout à fait correct.

# # # # # # # # # # #

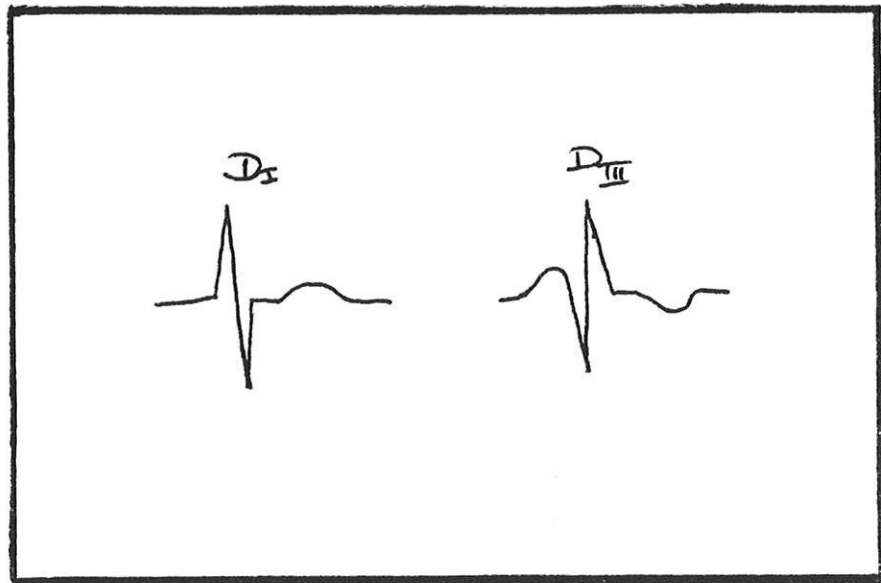
La fièvre Q est la QUERY-FEVER... et non pas la fièvre de Queensland. Elle est dûe à *Coxiella burnetii*. Il s'agit d'une anthro-po-zoonose qui provoque des pneumopathies atypiques essentiellement mais aussi d'autres tableaux, en particulier des endocardites auxquelles il faut savoir penser devant un tableau endocarditique à hémocultures négatives. Il y a d'assez nombreux cas en Limousin, surtout en Charente. Le traitement consiste en Doxycycline ou en une fluoro-quinolone.



- 3 -

## UNE FAUSSE EMBOLIE PULMONAIRE

Le bilan d'un syndrome grave doit être complet.



E.C.G. : aspect S1 Q3

Cette histoire est courte et peu paraître quelque peu caricaturale. Il est tout de même justifié de la raconter, précisément parce qu'elle n'en est que plus instructive.

\* \* \* \*

Madame Sylvie T..., âgée de 30 ans, qui a dans ses antécédents obstétricaux une grossesse normale avec accouchement normal en 1984, a eu en 1987

#### UNE CESARIENNE

- qui s'est déroulée sans inconvénients
- à la date du 2 novembre 1987
- en raison d'une DYSTOCIE DYNAMIQUE : absence de dilatation cervicale en dépit d'un traitement approprié et d'une anesthésie péridurale,
- donnant naissance à un enfant normal de 3600 grammes.

AU TROISIEME JOUR POST-OPERATOIRE apparaissent

- une douleur brutale de l'hémithorax gauche
  - une dyspnée immédiatement consécutive
  - une tachycardie à 135/minute (alors que la température est banalement à 37°8)
- ceci succédant à un état post-opératoire simple, comportant simplement une parésie intestinale de caractère ordinaire.

Ce tableau évoque au premier chef pour le gynécologue-accoucheur l'hypothèse

#### d'une EMBOLIE PULMONAIRE

- bien qu'il n'existe pas d'anomalies veineuses des membres inférieurs
- ni de signes de phlébite pelvienne.

Cette hypothèse, compte-tenu du contexte et de la soudaineté des faits, paraît tout à fait justifiée. Avec rapidité, sont réalisés dans le Service de Gynécologie-Obstétrique

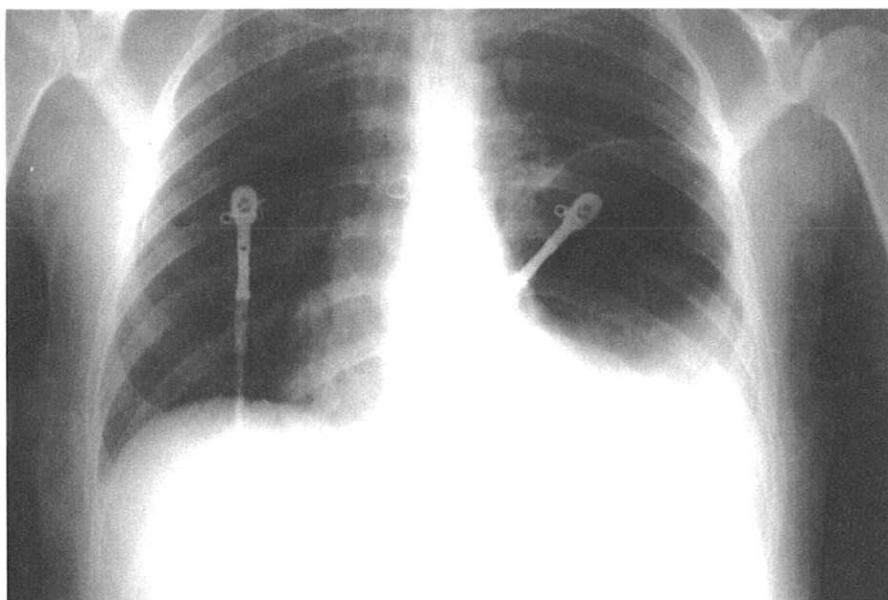
- 1 - Un E.C.G. qui montre
  - . un aspect S1 Q3
  - . et une déviation axiale droitelesquels ne peuvent être dans l'immédiat comparés aux données de l'E.C.G. pré-opératoire, réalisé en ville et qui ne se trouve pas en possession de l'intéressée
- 2 - une gazométrie artérielle qui révèle
  - . une PO2 à 65 mmHg
  - . une PCO2 à 32 mmHg

La malade est alors transférée dans le Service de Médecine Interne du même hôpital pour traitement et monitoring cardio-vasculaire.

LE DIAGNOSTIC VRAI EST ALORS ETABLI en 2 temps :

1 - L'EXAMEN CLINIQUE apporte tout d'abord un doute important quant à l'hypothèse d'une embolie pulmonaire : l'auscultation entend essentiellement, au niveau de l'hémithorax gauche, des BRUITS HYDRO-AERIQUES manifestes et insolites.

2 - LES CLICHES PULMONAIRES (qui, dans ce contexte d'urgence et de légitime anxiété du gynécologue-accoucheur) n'avaient pas été réalisés, découvrent "le pot aux roses" :



Il s'agit d'une

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

avec migration intra-thoracique de l'estomac et d'une partie du colon gauche.

L'interrogatoire de la malade révèle qu'elle a été victime, entre ses 2 grossesses, d'un accident d'automobile qui avait donné lieu à une hospitalisation avec découverte d'une BRECHE DIAPHRAGMATIQUE et d'une "petite hernie digestive" sans conséquences importantes, éléments sur lesquels elle ne possède aucun document. Il paraît donc loyal d'imaginer que la parésie intestinale post-opératoire a "forcé" la brèche et provoqué la migration intra-thoracique.

L'INDICATION CHIRURGICALE

est immédiatement portée : c'est en effet l'estomac et une large partie du colon gauche qui ont été refoulés dans le thorax. Ces viscères seront repositionnés sans difficulté et la brèche diaphragmatique sera suturée.

Les suites opératoires seront simples, avec une thérapeutique préventive par une HEPARINE de bas poids moléculaire (FRAXIPARINE).

Revue à distance de l'intervention, Mme T... n'a aucun trouble et ses clichés thoraciques sont normaux, de même que son E.C.G.

EN RESUME

---

1 - LA FAILLE est évidente : le dossier pêche par défaut

- absence d'examen clinique
- et absence de clichés thoraciques.

2 - MAIS il ne serait pas loyal de blâmer le gynécologue-accoucheur, sachant

- que la préoccupation embolique était majeure devant un danger potentiel que l'on connaît comme mettant en jeu le pronostic vital

- et que l'embolie pulmonaire était "bien imitée".

D'ailleurs le recours à une équipe médicale a été sollicité par le chirurgien lui-même, et sans aucun retard.

3 - LA SEULE MORALITE qu'il est décent de retenir est que les tableaux les plus évidents doivent toujours être l'objet d'une réflexion élargie : ce sont ceux qui doivent inspirer le plus volontiers "un moment de doute", par principe.

# # # # # # # # # # #

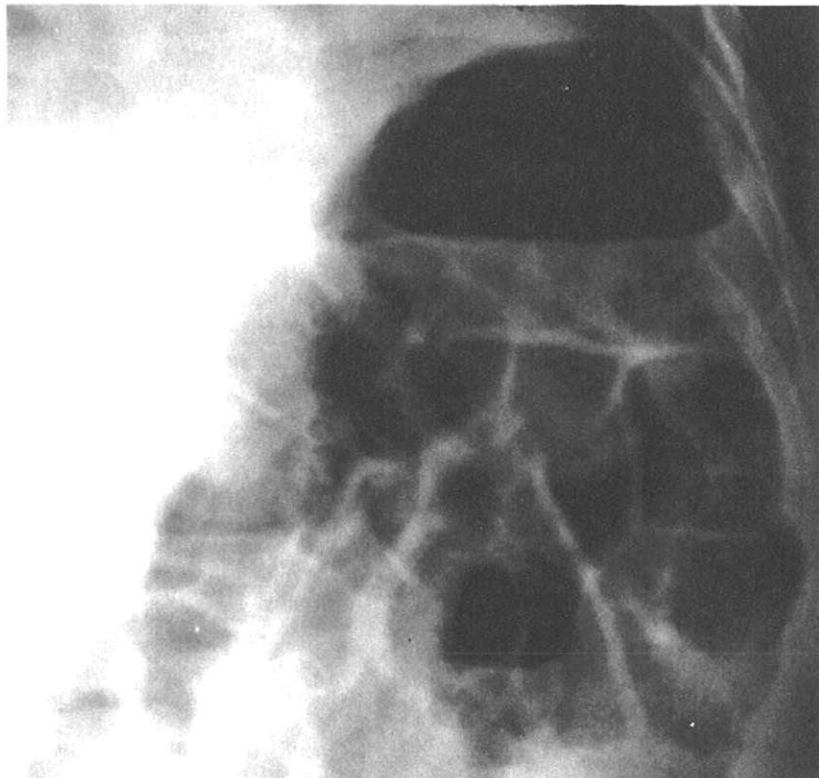
Les hernies diaphragmatiques sont de deux types :

- traumatiques : immédiates ou secondaires
- non traumatiques (plus fréquentes) : congénitales par aplasie musculaire ou acquises par faiblesse musculaire (hernie hiatale). Les signes cliniques sont digestifs ou respiratoires exagérés par l'antéflexion ou l'augmentation de la pression intra-abdominale. Le traitement est chirurgical pour les hernies traumatiques ou congénitales par suture de la brèche et repositionnement des viscères dans la cavité abdominale. Pour les hernies acquises, le traitement médical suffit en général.

- 4 -

UNE PLEURESIE PURULENTE  
DU NOURRISSON

Il faut donner à chaque signe son importance.



L'histoire de ce nourrisson comportait un symptôme de grande valeur - auquel on n'a pas su rendre justice, initialement tout au moins.

\* \* \* \*

Jean-Marc V... est un très beau bébé de 3 mois et demi quand, en mars 1967, sa mère - enseignante et perfectionniste, s'inquiète d'une FEBRICULE qu'elle décrit comme existant depuis une quinzaine de jours. Cette femme a sollicité successivement l'avis de 3 praticiens pendant ce laps de temps :

- le premier n'a trouvé aucune pathologie,
- le second a parlé de "gaz" intestinaux (ce qui n'est nullement indifférent !),
- le troisième a conclu à la nécessité de ne plus utiliser le thermomètre.

#### LORS DE LA CONSULTATION HOSPITALIERE

Jean-Marc, qui est né normalement au terme d'une grossesse normale, pesant alors 3670 grammes, se présente

- avec une taille, un poids et un périmètre crânien normaux ;
- avec un faciès rose et souriant, n'inspirant aucune inquiétude ; il s'alimente normalement,
- sans le moindre pleur pendant toute la durée de l'examen,
- sans la moindre toux, sans selles anormales.

Cet examen clinique est négatif :

. aucun élément n'oriente vers une pathologie sévère (fontanelle normale, aucune anomalie neurologique, hémodynamique parfaite, auscultation pulmonaire et cardiaque normale, fémorales bien perçues, peau normale, organes génitaux normaux, abdomen rebondi non douloureux, normalement dépressible, TR normal, gorge normale...);

. la température est vérifiée : 38° ;

. de sorte que, après avoir rassuré la maman, il semble utile de recourir simplement à 2 examens complémentaires :

\* un examen systématique des tympanes par un ORL, qui s'avèrera tout à fait normal (il n'y avait eu d'ailleurs aucun épisode infectieux rhino-pharyngé récent)

\* et un ECBU, qui sera également normal.

Il apparaît donc que l'on peut, comme le troisième praticien de ville, conclure à l'absence de pathologie et demander à la mère de ne prendre la température qu'en cas d'apparition d'un fait nouveau.

LA MERE CONTINUERA POURTANT DE PRENDRE LA TEMPERATURE ... et elle aura raison.

Elle amène à nouveau son enfant à la consultation, 4 jours plus tard, répétant qu'il y a maintenant 2 semaines qu'elle constate une température oscillant entre 37°8 et 38°2 et que le second praticien qui avait vu son bébé n'avait sans doute pas tort de parler de "gaz" puisque l'abdomen de l'enfant lui paraît un peu "gonflé".

L'examen clinique est superposable au précédent :

- l'enfant a le même faciès rassurant
- la température est vérifiée à 38°1
- l'abdomen est peut-être un peu différent, avec un discret

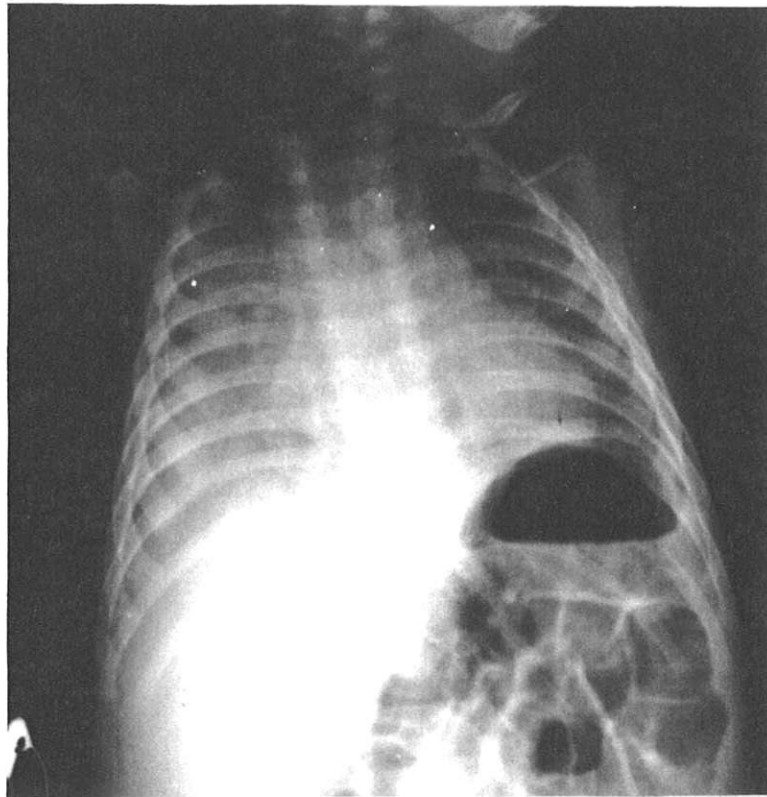
#### METEORISME

- . non douloureux
- . sans nul trouble du transit.

La prudence consiste donc à demander :

1 - UNE BIOLOGIE, dont le premier résultat montrera une LEUCOCYTOSE à 23 600 avec 68 % de P.N. obligeant déjà à reconsidérer le problème

2 - et des CLICHES DU THORAX, qui en apportent la clé en révélant, ô surprise :



- certes le météorisme abdominal bien visible
- mais surtout une

OPACITE THORACIQUE DROITE très probablement PLEURALE

Il faut alors rendre justice à la mère et reprendre complètement l'examen et l'interrogatoire familial :



---> L'examen clinique du thorax  
après lecture des radiographies, découvre une  
hypoventilation à droite, mais qui n'est vraiment pas évidente.

---> La mère montre, sur son avant-bras gauche le reliquat, en  
voie de guérison, de ce qui a été manifestement

un FURONCLE

UNE PONCTION PLEURALE est réalisée par le Professeur J.J.  
BOUQUIER : le liquide est TROUBLE et contient 70 % de P.N., 28 % de  
lymphocytes, 2 % de cellules endothéliales. L'examen direct n'y trouve pas de  
germes ; les cultures resteront stériles.

Le diagnostic de haute probabilité est néanmoins celui d'une

STAPHYLOCOCCIE PLEURALE

- sans images parenchymateuses  
- qui guérira sans séquelles par une antibiothérapie anti-  
staphylococcique.

Voici le cliché au 10ème jour du traitement :



Par la suite, l'enfant, revu chaque année, a une image thoracique  
normale et un jeu respiratoire parfait.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE émanait du bon aspect de l'enfant et des données rassurantes de l'examen clinique - celui-ci étant peut-être imparfait.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC supposait

- de REVOIR CET ENFANT (ce qui était d'ailleurs prévu)
- mais surtout

. de mieux tenir compte du

METEORISME ABDOMINAL

de grande valeur dans les STAPHYLOCOCCIES PLEURO-PULMONAIRES DU NOURRISSON

. d'être attentif à la pathologie "banale" de l'entourage, donc, au

FURONCLE MATERNEL

\* LA FAILLE était peut-être de considérer le discours de la mère comme excessif. La mère connaît souvent fort bien son enfant.

# # # # # # # # # #

La STAPHYLOCOCCIE PLEURO-PULMONAIRE du nourrisson reste une maladie grave, le pronostic vital à court terme étant souvent engagé du fait de la capacité de synthèse par le staphylocoque doré (exceptionnellement épidermidis) d'exotoxines responsables de thromboses vasculaires, de nécrose tissulaire et de l'atteinte pulmonaire (nécrose extensive, pneumopathie bulleuse). Elle se rencontre le plus souvent avant 2 ans avec un tableau infectieux sévère. Deux formes trompeuses sont classiques :

- digestive, avec ballonnement abdominal, diarrhée, arrêt du transit en imposant pour une péritonite ou une occlusion

- méningée.

Le traitement associe une réanimation et une bi-antibiothérapie synergique IV puis per os pendant 2 à 3 semaines. L'évolution peut être émaillée de complications (pneumothorax, métastases septiques) imposant une surveillance rigoureuse.

## UNE PERITONITE ASTHENIQUE

Intérêt d'une réflexion diagnostique systématique.



Madame Marguerite V... a 81 ans quand elle est hospitalisée en mars 1983 pour une "SUSPICION D'EMBOLE PULMONAIRE consécutive à une PHLEBITE PELVIENNE". Cette femme a, dans ses antécédents

- une intervention chirurgicale sur iléus biliaire 10 ans plus tôt
- une insuffisance coronarienne bien maîtrisée par CORDARONE et LANGORAN
- une BPCO
- et une insuffisance veineuse des membres inférieurs ancienne.

#### A SON DOMICILE

Elle a présenté, 15 jours auparavant,

#### UN EPISODE DE SURINFECTION DE SA BPCO

- avec gros râles bronchiques des 2 champs,
- dyspnée modérée,
- et expectoration purulente

ce qui a suscité, de la part de son médecin habituel, un traitement par AMOXICILLINE - sans réalisation de clichés thoraciques, devant un tableau considéré ici comme fréquent et stéréotypé.

#### UNE ACCENTUATION DE CETTE SURINFECTION

et de la gêne respiratoire a conduit ce même médecin à modifier le traitement, 5 jours avant l'hospitalisation, avec

- remplacement de l'AMOXICILLINE par du BACTRIM
- et addition d'une CORTICOTHERAPIE par SOLUPRED : 60 mg/jour.

#### QUELQUES HEURES AVANT L'HOSPITALISATION

Le médecin est appelé pour

- l'apparition d'une DYSPNEE plus gênante,
- et une DOULEUR THORACO-SCAPULAIRE gauche de survenue assez brusque, accompagnée d'un malaise important, sans perte de connaissance.

Son examen clinique retrouve :

\* UN FOYER DE RALE CREPITANTS DU SOMMET GAUCHE, qui n'existait manifestement pas auparavant ;

\* un ETAT VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS difficile à apprécier (varices, troubles trophiques anciens)

\* et, d'une manière nette

## UNE DOULEUR PELVIENNE GAUCHE

- . nullement spontanée,
- . mais provoquée par le TV et le TR

d'où l'hypothèse, chez une malade infectée et alitée, d'une PHLEBITE PELVIENNE, point de départ d'une EMBOLIE PULMONAIRE GAUCHE.

### A L'ARRIVEE A L'HOPITAL

- la malade, selon sa propre volonté, MARCHE...
- n'est pas inquiétante,
- présente une DYSPNEE MODEREE,
- ne souffre plus de sa douleur thoraco-scapulaire
- ne se plaint effectivement pas du tout ni de douleurs pelviennes ni de douleurs abdominales,
- et a tous les symptômes décrits par son médecin traitant.

En outre, son état cardiaque est correct (rythme régulier à 90 pour une température à 37°8, pas de signes d'insuffisance cardiaque, ECG montrant simplement un bloc de branche incomplet droit et des ondes P de type "pulmonaire").

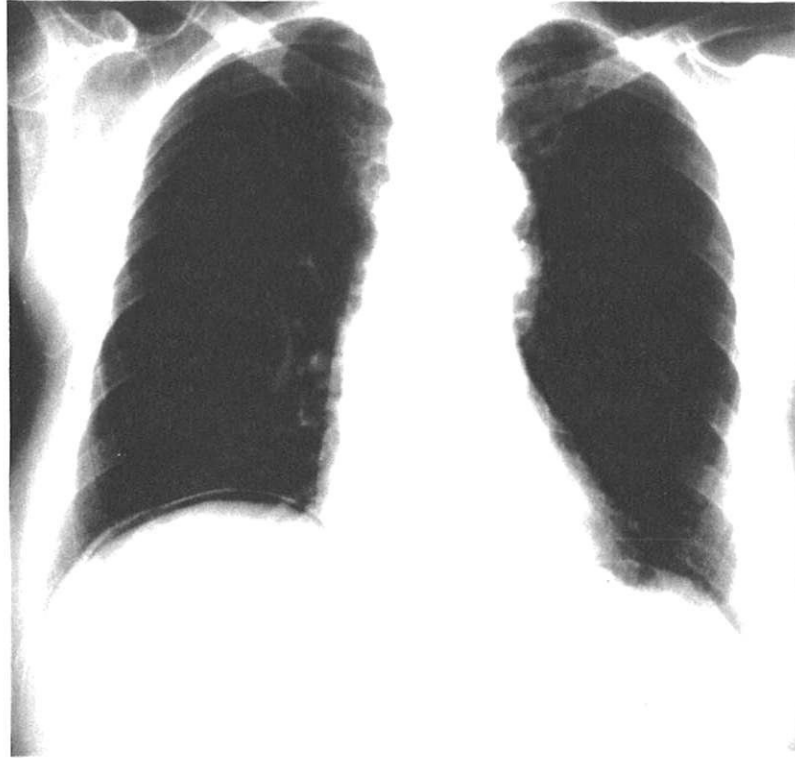
Enfin, son ABDOMEN est parfaitement SOUPLE : la palpation profonde provoque une vague douleur sus-pubienne du côté gauche.

La biologie n'apporte aucun élément intéressant : la VS est à 60 mm, une leucocytose à 14 600 avec 83 % de P.N. paraît banale dans le contexte ; l'hypoxie est discrète et banale ; les enzymes sont normales.

LES CLICHES PULMONAIRES sont peu parlants : il n'y a pas d'atélectasie ni de foyer systématisé. Rien ne permet d'évoquer une fibrose pulmonaire liée à la CORDARONE.

C'EST L'ANALYSE ATTENTIVE des coupoles diaphragmatiques sur le cliché thoracique de face QUI CREE LA SURPRISE

en révélant l'existence indiscutable



d'un PNEUMOPERITOINE

- visible sous les coupes diaphragmatiques droite et gauche,
- évoquant, bien sûr, la perforation d'un VISCERE CREUX si l'on se réfère à la prise d'une CORTICOTHERAPIE depuis 5 jours - et plutôt du colon sigmoïde si l'on pense à la douleur pelvienne gauche provoquée.

Après réalisation d'un Doppler veineux qui ne montre aucun signe de thrombo-phlébite, la malade est confiée au chirurgien qui trouve

UNE PERFORATION D'UN DIVERTICULE SIGMOIDIEN

- sans qu'il existe une diverticulose importante,
- ni un aspect patent de sigmoïdite.

Le traitement consiste en

- un point en X sur cette petite perforation
- et une colostomie.

Les suites opératoires sont simples - avec une antibiothérapie, une oxygénothérapie, une prévention héparinique, un lever précoce et une kinésithérapie quotidienne. Ultérieurement, la continuité sera rétablie. La malade va très bien en 1992.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE a été donnée par la DOULEUR THORACO-SCAPULAIRE UNILATERALE GAUCHE interprétée comme embolique alors qu'elle était très vraisemblablement une irradiation algique du syndrome perforatif. Le ventre souple n'a pas évoqué une perforation. La douleur pelvienne, simplement provoquée, pouvait effectivement signer un phénomène thrombotique.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC est fourni par l'A.S.P. - examen précieux qui doit être réalisé au moindre doute devant un tableau douloureux pelvien ou abdominal, même fruste, quand il existe une CORTICOTHERAPIE - à fortiori chez une personne âgée.

\* LA MORALITE consiste à rappeler simplement l'existence des

PERITONITES ASTHENIQUES

et leur aspect trompeur.

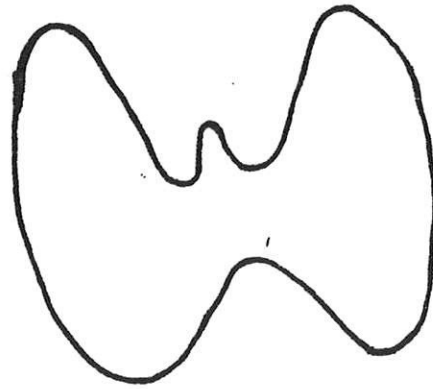
# # # # # # # # # #

Les péritonites "asthéniques" ou "frustes" se caractérisent par leur symptomatologie peu bruyante responsable du retard diagnostique qui aggrave le pronostic. Elles compliquent fréquemment les perforations digestives (en particulier diverticulaires coliques) sous corticothérapie. Le tableau clinique à l'admission du malade est rarement évident avec notamment absence de défense abdominale. Le cliché d'abdomen sans préparation fait le diagnostic en révélant un pneumopéritoine.

- 6 -

UNE HYPERTHYROIDIE DU  
SUJET AGE

Question : tableau psychiatrique ou pathologie organique ?





## UN EXEMPLE DU PIEGE POLYPATHOLOGIQUE

---

Madame Marie-Louise F... a 74 ans quand elle est admise, le 15 juillet 1987, dans un Service de Médecine Interne. On peut passer rapidement sur des antécédents multiples :

- 2 grossesses normales
  - 2 phlébites du membre inférieur gauche en 1968 et 1974,
  - une hystérectomie pour fibrome en 1964,
  - une prothèse totale de hanche gauche en 1974,
  - une HYPERTENSION ARTERIELLE et une CORONAROPATHIE,
- l'une et l'autre peu sévères et faisant l'objet d'une surveillance dite régulière.

pour ne retenir que les 2 EVENEMENTS LES PLUS RECENTS :

1 - une hospitalisation d'une semaine dans une clinique cardiologique,  
un mois auparavant, motivée par une

### FIBRILLATION AURICULAIRE PAROXYSTIQUE

dont la thérapeutique a été rendue impossible par la DETERIORATION PSYCHIQUE avec agitation, refus des piqûres, injures et coups aux soignants... à telle enseigne qu'il a été indispensable de recourir

2 - à une hospitalisation en milieu psychiatrique où l'impression - sans aucune certitude, tant l'approche de cette malade est difficile - est celle d'une

### DEMENCE SENILE

Le début de cette DESORIENTATION TEMPORO-SPATIALE COMPLETE assortie d'un refus alimentaire, d'agitation, de cris, de tentatives de fugue et d'opposition aux soins, paraît remonter à 8 semaines environ, avec une évolution progressivement croissante.

C'est l'existence d'un

### ETAT FEBRILE

sévère, au cours de cette hospitalisation psychiatrique, qui conduit la famille, désemparée, à souhaiter le transfert dans un Service dont elle connaît les médecins sur un mode amical.

### A L'ARRIVEE DE LA MALADE

On pourra faire 2 TYPES DE CONSTATATIONS, en discernant

- ce qui est évident, et même criant, mais accessoire,
- et ce qui est masqué, mais capital.

I - CE QUI EST EVIDENT se définit par 2 tableaux différents, l'un psychiatrique et l'autre infectieux.

1 - LE TABLEAU PSYCHIATRIQUE est manifestement au premier plan avec

- une AGITATION INCESSANTE,
- une MAIGREUR (moins 12 kilos semble-t-il) attribuée initialement au refus alimentaire
- une DESORIENTATION A TOUS LES NIVEAUX (il est impossible d'obtenir une réponse cohérente aux questions, et très difficile d'examiner cette malade - sauf quand une brève accalmie transitoire permet un minimum de constatations et quelques gestes tels que la pratique d'un ECG et d'un cliché thoracique au lit, de très mauvaise qualité).

2 - LE TABLEAU INFECTIEUX est fait

- d'une FIEVRE à 40°
- et de GRANDS FRISSONS intermittents
- que l'on pourra rapidement rapporter à une

PYELO-NEPHRITE à ESCHERICHIA COLI

- . avec pyurie importante
- . et 3 hémocultures positives.

\* La ponction lombaire, systématique devant l'association de fièvre et de troubles psychiques, avait montré un LCR clair, normal.

\* Le traitement par une C3G amènera une amélioration rapide (ultérieurement, l'examen uro-génital et l'échographie rénale permettront de considérer cet épisode comme "accidentel" et sans conséquences).

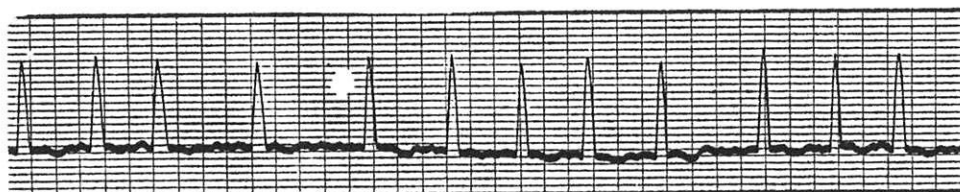
II - CE QUI EST MASQUÉ par tous les faits précédemment décrits et par le caractère malaisé des investigations, est précisément... l'ESSENTIEL : il s'agit

1 - D'UN NODULE THYROIDIEN

- bien visible (quand la malade veut se laisser regarder)
- palpable (quand elle veut se laisser palper)
- et qui donne toute sa valeur à

2 - LA FIBRILLATION AURICULAIRE RAPIDE

- que l'on peut croire (pourquoi pas ?) d'origine THYROIDIENNE  
- même s'il existe une CARDIOMEGALIE sur les clichés réalisés au lit et des antécédents d'ANGOR .



. Aussi, le traitement ne consistera-t-il pas en une perfusion de CORDARONE !

. LES HORMONEMIES THYROIDIENNES, demandées en urgence :

T3L = 2 fois la normale

T4L = 45 µg/100 ml

TSH < 0,05 uU/ml

apporteront le diagnostic

d'HYPERTHYROIDIE PAR ADENOME TOXIQUE

rubrique permettant le PARI, qui paraît logique, d'intégrer sous cette seule

- la FIBRILLATION AURICULAIRE  
- l'AMAIGRISSEMENT  
- une TREMULATION fine (vue entre 2 frissons)  
- et sans doute les DESORDRES PSYCHIATRIQUES, chez cette femme qui, justement, dans toute sa vie, n'a pas eu le moindre désordre psychique, fût-il mineur. La recherche d'ANTICORPS ANTI-THYROIDIENS est négative

. LA THERAPEUTIQUE associera donc, outre des sédatifs adaptés au jour le jour

\* HEPARINE sous-cutanée (la malade, rarement immobile, ne pouvant être perfusée)

\* NEOMERCAZOLE (12 comprimés par jour qui, fort heureusement, peuvent être assez aisément déglutis)

\* et AVLOCARDYL... lequel, en une semaine, va conditionner malheureusement une

DEFAILLANCE CARDIAQUE

- avec OAP  
- oedème des membres inférieurs et épanchement pleural bilatéral de constitution rapide.

Bien sûr, on avait constaté, au départ, l'existence d'une cardiomégalie et d'une stase pulmonaire - mais il fallait choisir entre deux risques...!

Sous DIURETIQUES et LENITRAL, la défaillance sera bientôt compensée et le traitement sera modifié, comportant

- HEPARINE
- NEOMERCAZOLE
- CEDILANIDE puis DIGOXINE
- LASILIX et ALDACTONE.

L'AMELIORATION SERA PROGRESSIVE

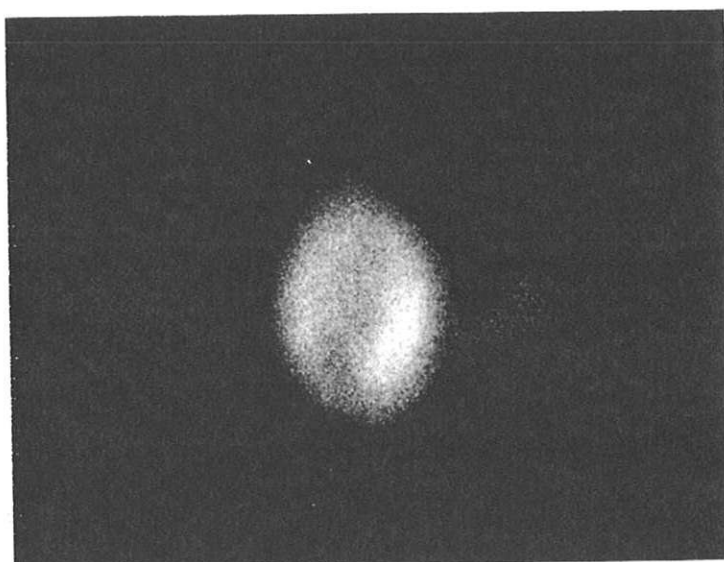
1 - SUR LE PLAN CARDIAQUE tout d'abord,

2 - SUR LE PLAN PSYCHIQUE ensuite : on assistera à une RESTAURATION DE L'INTEGRITE PSYCHO-INTELLECTUELLE et le plaisir sera grand de voir renaître, chez cette femme âgée, une très vive intelligence - d'où l'aisance nouvelle du traitement - et un délicieux humour.

AINSI SERONT RENDUS POSSIBLES

- LA SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE

montrant un volumineux nodule chaud développé aux dépens du lobe droit, de fixation hétérogène, éteignant tout le parenchyme



- puis une I.R.A. THERAPIE PAR L'IODE <sup>131</sup>

\* à la date du 20 juillet 1988, soit UN AN APRES le diagnostic de l'hyperthyroïdie

\* à la dose de 20 millicuries

\* avec une évolution tout à fait favorable.

UNE POLYARTHRITE RHUMATOIDE TARDIVE

- avait été notée dès le premier examen, sous la forme d'ARTHRITES intéressant d'une manière caractéristique

\* les ARTICULATIONS METACARPOPHALANGIENNES des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup>  
doigts des 2 mains

- \* les 2 POIGNETS
- \* et le GENOU droit

- avec un début se situant approximativement au cours des 6 mois  
précédents

- avec une SEROLOGIE POSITIVE
  - . Latex : positif à 1/80
  - . Waaler Rose : positif à 256 U/ml
  - . FR légers : 108 U/ml (normale : 0 à 40)
- et un bilan immunologique par ailleurs normal.

Cette P.R. a été volontairement "négligée" au cours des premiers  
mois n'étant que peu douloureuse et ne constituant pas un élément sévère dans le  
tableau. Ultérieurement, un bilan complet en a été réalisé : le tableau reste typique  
et l'évolution bien contrôlée.

La polyopathie avait ici sa dernière touche.

REVUE REGULIEREMENT, cette malade, en 1992,

- ne pose AUCUN PROBLEME SUR LE PLAN THYROIDIEN
- a un traitement simple SUR LE PLAN CARDIAQUE (DIGOXINE,  
LASILIX et ALDACTONE en alternance, DERIVE NITRE en patch)
- sa P.R. est stabilisée sous PLAQUENIL plus ou moins AINS
- et elle a un EQUILIBRE PSYCHIQUE PARFAIT, de même qu'une  
autonomie totale.

EN RESUME

---

CETTE HYPERTHYROIDIE PAR ADENOME TOXIQUE AVEC  
CARDIOTHYREOSE

\* a été l'objet d'une FAUSSE PISTE en raison du double masque

- de la PYELONEPHRITE AIGUE
- et du DESORDRE PSYCHIATRIQUE

chez une malade préalablement hospitalisée à 2 reprises et n'ayant pas eu de dosages des hormonémies thyroïdiennes en raison de circonstances parfaitement excusables.

\* et n'a eu son VRAI DIAGNOSTIC, probablement, qu'à cause de l'addition inopinée du TABLEAU INFECTIEUX qui a fourni l'occasion d'une vision différente - sur le versant ORGANIQUE - de cette malade.

\* Il reste que l'association, chez un sujet âgé

- d'une FIBRILLATION AURICULAIRE RAPIDE
- et de TROUBLES PSYCHIQUES

doit, en règle, attirer l'attention sur la GLANDE THYROIDE.

# # # # # # # # # #

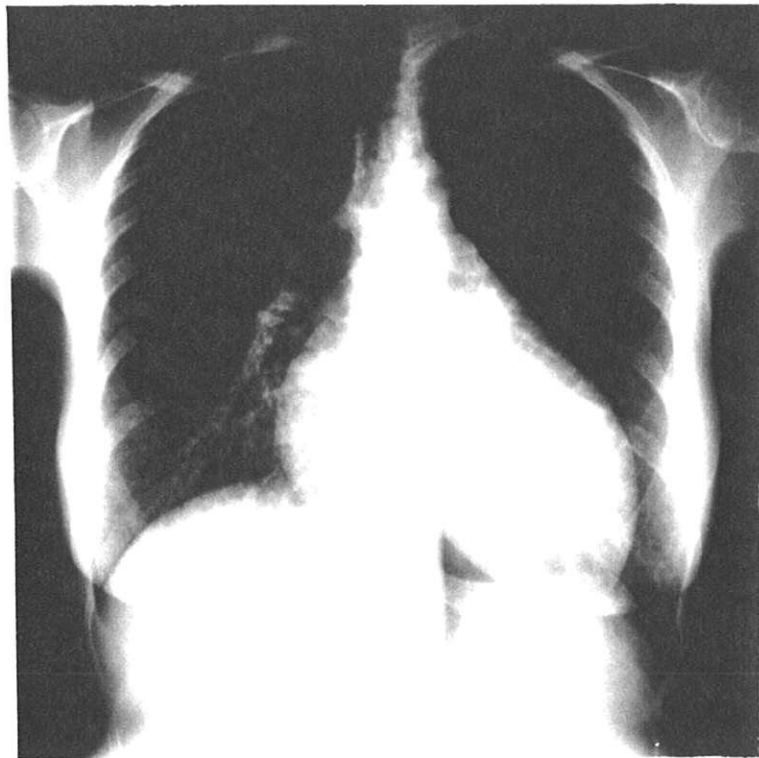
La symptomatologie de l'hyperthyroïdie du sujet âgé est souvent trompeuse du fait de son caractère dissocié :

- tantôt il s'agit de manifestations cardiaques isolées (troubles du rythme, insuffisance cardiaque)
- tantôt l'altération de l'état général avec anorexie et amaigrissement fait soupçonner un cancer digestif
- tantôt enfin des manifestations neuro-psychiatriques vont faire évoquer une cause vasculaire ou dégénérative.

Il faut souligner l'absence ou la modicité du goitre, des phénomènes vasomoteurs, des manifestations oculaires. C'est dire l'importance d'une bonne analyse de la symptomatologie et la nécessité des examens complémentaires au moindre doute.

**UNE CARDIOMYOPATHIE**  
**NON OBSTRUCTIVE**

Histoire d'une fausse hépatite.



L'histoire est brève - et si l'on peut s'étonner de voir un piège aussi aisément évitable n'être pas déjoué, il faut reconnaître que la malade avait des doléances mal exprimées, avec une chronologie justement trompeuse.

\* \* \* \*

Madame Liliane M... a 28 ans en 1990 :

SES ANTECEDENTS sont simples :

- une appendicectomie à l'âge de 11 ans,
- une intervention pour hernie inguinale bilatérale à l'âge de 16 ans,
- une résection cunéiforme des ovaires pour dystrophie micro-kystique en 1983,
- et 2 GROSSESSES

- \* normales, avec accouchement normal
- \* la 1ère en 1981,
- \* la 2ème en 1989,

l'une et l'autre supposant - à juste titre - divers examens médicaux (médecin traitant, anesthésiste, gynécologue).

EN JUIN 1990

Elle a un

#### EPISODE INFECTIEUX

très banal, avec toux et malaise général, évoquant à son médecin traitant habituel une VIROSE

EN JUILLET 1990,

deux doléances apparaissent :

1 - UNE DYSPNEE D'EFFORT qui, curieusement, n'est pas au premier plan pour la malade, qui retient davantage

2 - UNE ASTHENIE PROFONDE : telle est sa plainte principale. Quand elle appelle son médecin à son domicile, elle est alitée - et peu dyspnéique !

LE 10 AOUT 1990

sans être réexaminée, elle demande - par téléphone - à ce même médecin de lui faire pratiquer un bilan BIOLOGIQUE. Celui-ci montre, pour l'essentiel :

- 1 - une VS à 3 mm



2 - une ANEMIE à 8,80 g normochrome normocytaire avec un hématokrite à 25 %

3 - et une CYTOLYSE DISCRETE

TGO = 157

TGP = 130

(plus accessoirement il existe une LEUCOCYTOSE à 12 800 avec 79 % de P.N. Les plaquettes sont normales).

#### LE 25 AOUT

Cette jeune femme reprend contact avec son médecin, sans être examinée, et lui parle rapidement :

- de sa DYSPNEE... que parait expliquer l'anémie, d'origine indéterminée,

- et de son ASTHENIE... qui semble en rapport avec la cytolyse, celle-ci pouvant relever d'une HEPATITE VIRALE en voie d'amélioration.

Si les hypothèses sont fausses, elles n'en sont pas moins acceptables, dans ce contexte particulier d'un "chassé-croisé" entre malade et médecin.

La décision du médecin est de demander un examen par un GASTRO-ENTEROLOGUE HOSPITALIER, comportant

\* une échographie,

\* une fibroscopie OGD

#### TOUT S'ECLAIRE LE 30 AOUT LORS DE CET EXAMEN

qui commence par un interrogatoire - lequel privilégie alors la DYSPNEE d'effort et de décubitus : orthopnée - et se poursuit par

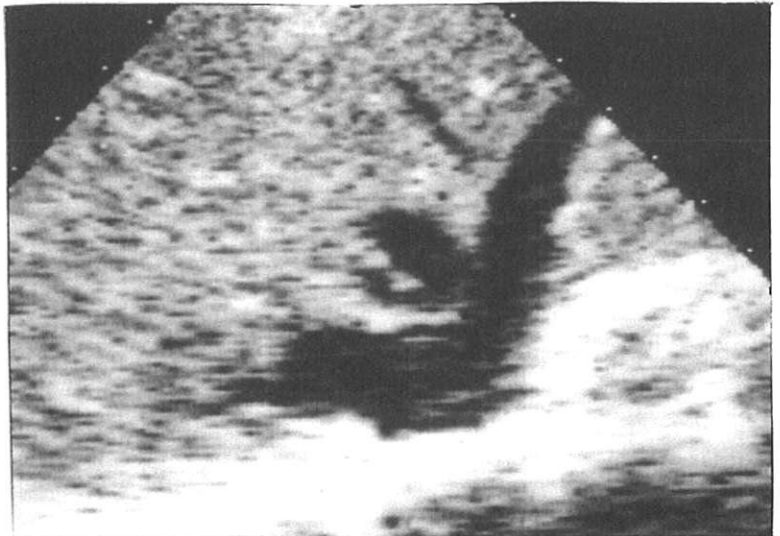
#### UNE ECHOGRAPHIE HEPATIQUE

qui montre

1 - une HEPATOMEGALIE peu échogène

2 - les 3 VEINES SUS-HEPATIQUES visibles simultanément parce que dilatées

3 - LE BATTEMENT DE CES VEINES, signant un reflux systolique par insuffisance tricuspideenne.



L'ETIOLOGIE EST CARDIAQUE.

\* D'ailleurs, au cours de l'examen, la DYSPNEE se majore très notablement ; la TA est à 10/8.

\* L'auscultation retrouve un souffle holosystolique à renforcement téléstolique 2/6.

\* Les clichés du thorax montrent une CARDIOMEGALIE.

\* L'échographie cardiaque révèle une ATTEINTE GLOBALE DE LA CONTRACTILITE, UNE DILATATION CAVITAIRE MAJEURE, UN BAS-DEBIT - soit

UNE C.M.N.O DECOMPENSEE

\* Le TRAITEMENT par

- . LASILIX, ALDACTONE (injectables puis per os)
- . DIGOXINE (1 comprimé par jour)
- . RENITEC 5 (1 comprimé par jour)
- . FRAXIPARINE (0,30 ml)

va apporter une amélioration progressive et permettre, après un séjour en soins intensifs, la réalisation, le 13 septembre, d'une EXPLORATION HEMODYNAMIQUE qui confirmera le diagnostic

Cathétérisme gauche et droit, Pigtail fémorale droite  
Ciné angiographie ventriculaire gauche  
Coronarographie

CATHETERISME DROIT

O.D. = 1  
V.D. = 20/-2 --- +1  
A.P. = 15/6 8  
C.P. = 2

Débit cardiaque = 3,1 l/mn  
Index = 1,9 l/mn/m<sup>2</sup>

Il existe donc une diminution du débit cardiaque et des pressions pulmonaires basses liée probablement à l'hypovolémie secondaire au traitement diurétique.

Les résistances artériolaires pulmonaires sont normales.

CATHETERISME GAUCHE

V.G. = 100/0 --- + 5  
Aorte = 100/65 75

Après angio la pression télédiastolique du V.G. reste normale.

CINE ANGIOGRAPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE

Il existe une hypokinésie globale de cette cavité ventriculaire dilatée.

Il n'y a pas de fuite mitrale.

CORONAROGRAPHIE

A titre systématique, trois injections ont été pratiquées dans les artères coronaires montrant un réseau coronaire normal.

CONCLUSION

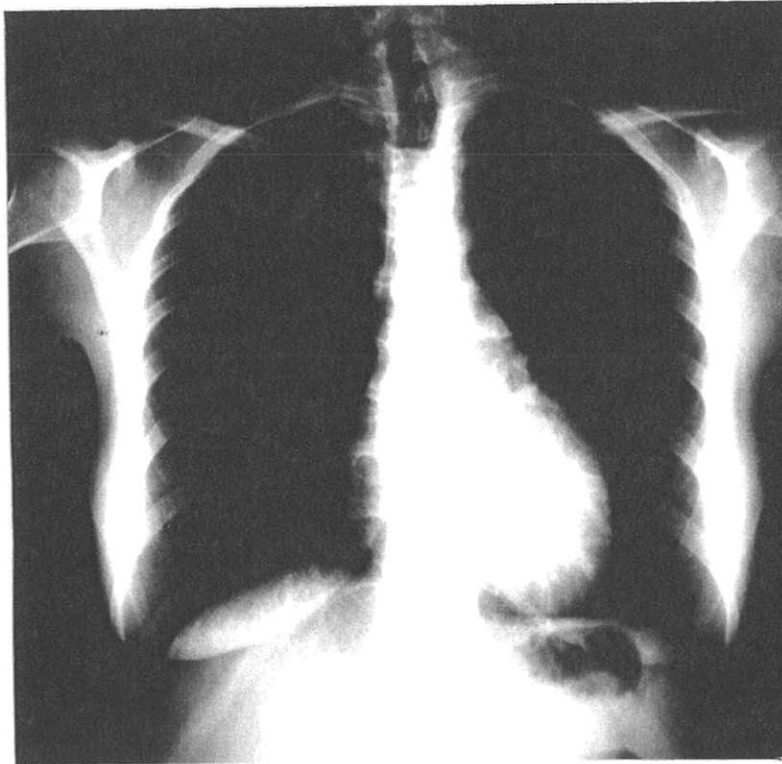
Aspect de cardiomyopathie non obstructive à forme dilatée.

L'EVOLUTION A ETE FAVORABLE

- Toutes les sérologies virales à la recherche d'une myocardite infectieuse étaient négatives.

- Tous les examens à visée étiologique (bilan immunologique, recherche d'une maladie systémique) également.

- Le volume cardiaque a diminué.



- Une vie normale a pu être reprise sous traitement digitalo-diurétique et IEC.

- L'AVENIR ... pose cependant une question difficile (greffe ?)

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE a émané

- des doléances fragmentées
- de la dyspnée "occultée"
- et de la cytolyse qui était, en fait, la traduction du  
FOIE CARDIAQUE

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a été fait - étrangement !... par  
L'ECHOGRAPHIE DU GASTRO-ENTEROLOGUE

\* LA FAILLE est manifeste : c'est l'oubli du coeur ! - mais si l'on  
reconstitue très exactement l'histoire de cette femme de 28 ans qui venait d'avoir,  
un an auparavant, une grossesse avec de nombreux examens médicaux - elle devient  
excusable.

# # # # # # # # # #

Les cardiomyopathies non obstructives sont des atteintes cardiaques d'apparence primitive frappant des sujets jeunes (surtout des hommes). Elles évoluent par poussées vers l'insuffisance cardiaque globale avec une durée moyenne d'évolution de 2 ans après les premiers troubles cliniques. La pathogénie en est discutée et non univoque : plusieurs hypothèses sont invoquées :

- carence vitaminique ou ionique (par comparaison avec l'insuffisance cardiaque des sous-alimentations globales, du béri-béri)
- déficiences enzymatiques de la fibre myocardique par analogie avec le coeur des myopathies
- inflammation myocardique préalable d'origine virale
- ischémie coronarienne (une dégénérescence de la média des petites artères coronaires étant retrouvée dans certains cas mais le calibre des gros troncs coronaires reste normal à la coronarographie)
- certaines formes familiales sont décrites.

UN MENINGIOME DE LA PETITE  
AILE DU SPHENOIDE.

Les céphalées d'un hypertendu ne relèvent pas toujours de son hypertension !



Monsieur Gérard M... est un instituteur de 45 ans atteint depuis un an d'une HYPERTENSION ARTERIELLE qui obéit mal à un traitement qu'il avoue ne pas suivre avec rigueur. En particulier, il existe des céphalées quasi-quotidiennes fronto-pariétales plutôt droites, sans caractère particulier, qui ont d'ailleurs permis la découverte de cette hypertension artérielle. Le malade souhaite avoir un bilan "complet", lequel est effectué en 1983 en milieu hospitalier et aboutit au diagnostic

#### d'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE

- . Il n'y a pas d'argument pour une sténose artérielle rénale.
- . Il n'y a aucune autre pathologie des reins.
- . Il n'y a pas de pathologie surrénalienne.
- . Il n'y a pas d'anomalie de la kaliémie.
- . Le bilan écarte les facteurs de risque "courants" (ni tabagisme, ni dyslipémie, ni diabète...).
- . Il n'y a pas de retentissement cardio-vasculaire décelable.

Un traitement est donc institué par :

- . une association diurétique : CYCLOTERRIAM
- . et un inhibiteur calcique : ADALATE.

Les chiffres tensionnels sont parfaitement maîtrisés : de 18/10 initialement, la TA est passée à 13/8 et se maintient à ce niveau pendant 6 mois.

Il reste que, au bout de ces 6 mois, le malade continue de se plaindre

#### DES MEMES CEPHALEES

- . sans caractères migraineux
- . un peu atténuées mais toujours quasi-quotidiennes.

Une nouvelle lecture du bilan d'hospitalisation montre que celui-ci avait comporté :

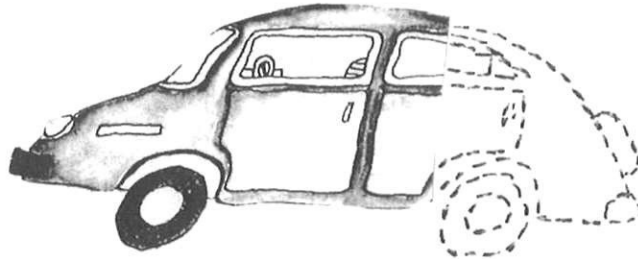
- \* des clichés du crâne : normaux
- \* un fond d'oeil : normal
- \* un E.E.G. et un écho médian : normaux
- \* une TSCU (tomo-sphygmométrie cérébrale ultrasonore) : normale.

L'INTERROGATOIRE EST REPRIS d'une manière très minutieuse et, en particulier, lors d'une consultation s'intéresse aux troubles visuels : c'est alors que le malade révèle (en dehors des myodesopsies que le traitement a fait disparaître) l'existence

#### D'UN UNIQUE EPISODE D'AMBLYOPIE DE L'OEIL DROIT

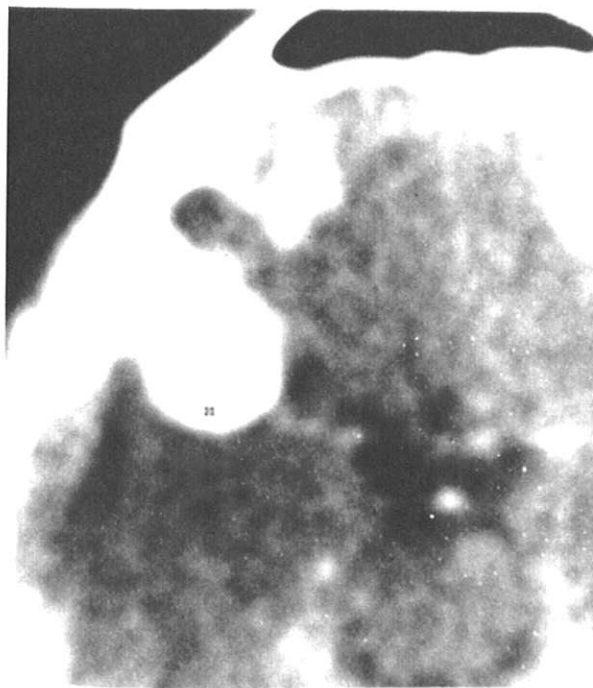
. très bref (quelques minutes) : au retour d'une partie de chasse, le malade ne voit plus que la moitié de sa voiture et de son chien,

. jusqu'alors jamais signalé en raison de sa brièveté et de sa non-récidive.



Ce détail - qui est beaucoup plus qu'un détail - suffit à provoquer la réalisation d'un SCANNER CEREBRAL qui montre

UN MENINGIOME DE LA PETITE AILE DU SPHENOIDE DROIT



. Le malade est alors confié au Neuro-chirurgien qui fait pratiquer une artériographie carotidienne droite qui confirme le diagnostic.

. L'intervention enlève assez facilement un MENINGIOME d'allure bénigne macroscopiquement, du volume d'une prune, situé au niveau du TIERS MOYEN DE LA PETITE AILE DU SPHENOIDE DROIT.

. l'anatomopathologie conclut à un

MENINGIOME MENINGOTHELIAL, bénin.

REVIU ANNUELLEMENT pendant 9 ans, le malade va bien, avec des céphalées séquellaires minimales,

. prenant pour son HTA du TRANDATE (1/2 + 1/2 comprimé) et, à titre systématique depuis son intervention, 1 comprimé le soir de GARDENAL (0,10 g).

. UN SCANNER DE PRINCIPE a été réalisé en 1990 : il est normal (en dehors des séquelles chirurgicales).





EN RESUME

---

OU EST LA FAILLE ?

Chez un homme de 45 ans, enseignant et très vif sur le plan intellectuel :

\* LES CEPHALEES, doléance principale, ont permis la découverte d'une HYPERTENSION ARTERIELLE et le bilan de celle-ci

\* MAIS ELLES AVAIENT UNE AUTRE CAUSE : LE MENINGIOME

. découvert en raison de l'AMBLYOPIE éphémère

. ce trouble visuel n'ayant pas été signalé

SPONTANEMENT par le malade mais "traqué" par un INTERROGATOIRE quasiment "policier".

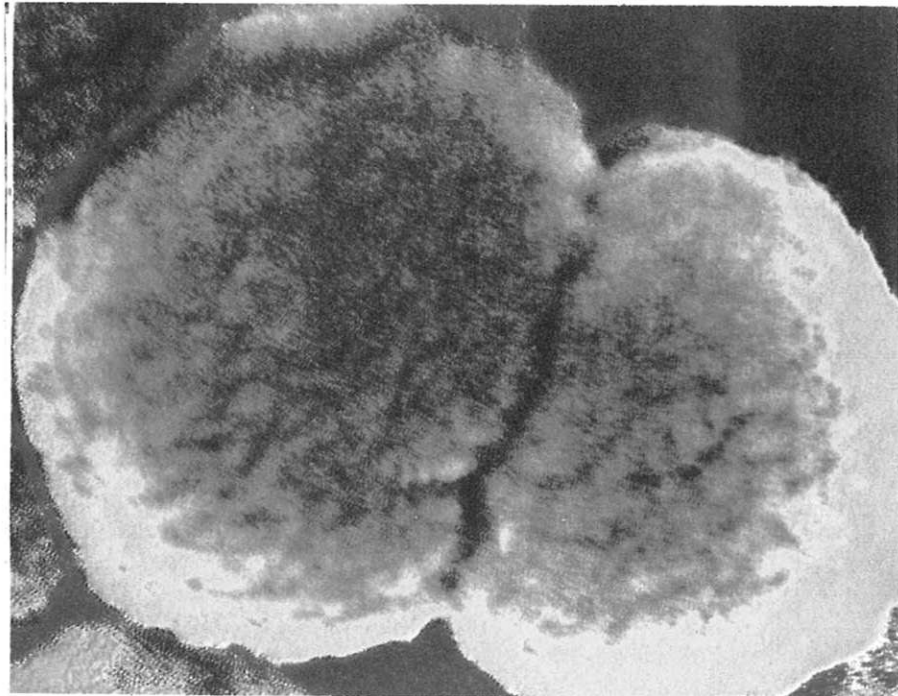
Il ne faut jamais s'arrêter aux seules évidences : "un train peut en cacher un autre" (La S.N.C.F.).

# # # # # # # # # #

Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde sont des tumeurs bénignes de la base du crâne, relativement rares. La sémiologie cérébrale résulte du retentissement sur le lobe frontal et le lobe temporal (crises olfactives, crises psychomotrices) ; une exophtalmie est assez fréquente. En variété interne, ils menacent le nerf optique et les éléments traversant la fente sphénoïdale (nerfs oculomoteurs, V ophtalmique). Le traitement est une exérèse chirurgicale qui doit être aussi complète que possible pour éviter la récurrence.

## UN PURPURA FULMINANS

La médecine ne peut être faite par téléphone.



- NEISSERIA MENINGITIDIS -

Cette observation est à l'honneur du médecin généraliste qui a bien voulu nous la confier. Il s'agit du Docteur Denis ROUDIER, de Saint-Junien.

\* \* \* \*

L'enfant Vincent M..., âgé de 9 ans, dépourvu de tout antécédent notable (naissance à terme normale ; rougeole, oreillons, rubéole banalement ; vaccinations à jour) est vu par ce médecin le 21-12-1983, à 20 H, alors qu'il revient d'une classe de neige

- atteint qu'il est depuis 5 jours d'une VARICELLE typique, non compliquée, traitée par THERALENE et VIRUSTAT  
- au terme d'un long voyage difficile de 800 kilomètres, en voiture, entre la montagne et son domicile.

Il ne présente alors que

- l'éruption à éléments d'âge différent de cette VARICELLE,  
- une fièvre à 40° qui semble "acceptable" dans le contexte du transport,  
- une asthénie compréhensible  
- une gorge rouge  
- tympan normaux, peau normale entre les vésicules, examen neurologique satisfaisant.

Le médecin rassure donc la famille et lui explique les conditions de l'évolution de la maladie au cours des jours à venir.

\* DANS LA NUIT QUI SUIVIT SON EXAMEN, ce même médecin est appelé par le père à 4 H en raison de la survenue

- d'un malaise au moment où l'enfant a voulu se lever pour uriner (il semble y avoir eu une perte de connaissance brève - peut-être attribuée à une hypoglycémie, elle-même liée à un défaut d'alimentation),  
- d'une température à 38°5.

On peut penser que l'examen réalisé à 20 H d'une manière très appliquée était susceptible de conditionner simplement quelques paroles médicales apaisantes. Mais le médecin a eu le souci immédiat de SORTIR DE SON LIT et d'aller VOIR l'enfant. Le tableau avait changé, comportant

- un PURPURA d'apparition brutale,  
- une attitude en chien de fusil,  
- une raideur rachidienne,

l'ensemble évoquant une

MENINGITE A MENINGOCOQUE

ajoutée à la VARICELLE.

\* Immédiatement hospitalisé au CHU de Limoges dans le Service de Pédiatrie (Pr BOULESTEIX), l'enfant se présente avec

- une fièvre à 38°6
- un COLLAPSUS : tension artérielle imprenable, nez froid, cyanosé, extrémités froides, temps de recoloration cutanée supérieur à 10 secondes, tachycardie à 120/minute et pouls périphériques tous abolis
- une conscience encore normale
- un PURPURA ecchymotique diffus et extensif
- une acidose (pH à 7,28, bicarbonates 14,1)
- dans le LCR, 28 leucocytes dont 62 % de P.N.
- des plaquettes normales
- un TCK à 1'20" pour un témoin de 41"
- un TP à 53 %
- des PDF à 256
- un fibrinogène à 2,17 g

\* Le traitement consiste en

- mise en place d'un cathéter jugulaire
- perfusion de 400 ml de PLASMAGEL en 1 H 30, de 5 flacons de plasma frais et de 200 ml de sérum bicarbonaté à 42 %.
- antibiothérapie par TOTAPEN (500 mg à 5H30, 1 g à 8H30, 11H, 12H et 13H puis 1 g toutes les 4 heures)
- DOPAMINE (8,5 microg/kg/minute)
- DOBUTREX (9 microg/kg/minute)

LA CULTURE DU L.C.R. et LES HEMOCULTURES montreront rapidement la présence d'un MENINGOCOQUE "B".

\* L'EVOLUTION

- sera tout d'abord favorable sur le plan hémodynamique (TA à 8 puis à 10 en quelques heures, PVC entre 5 et 10 cm d'eau)

- puis TRES GRAVE le lendemain avec

. 4 EPISODES DE COLLAPSUS  
comportant une anoxie, des mouvements cloniques nécessitant une intubation, une assistance respiratoire, un traitement par ADRENALINE et le transfert dans le Service de REANIMATION où surviennent

. 4 ARRETS CARDIO-CIRCULATOIRES  
en 2 jours  
traités avec succès

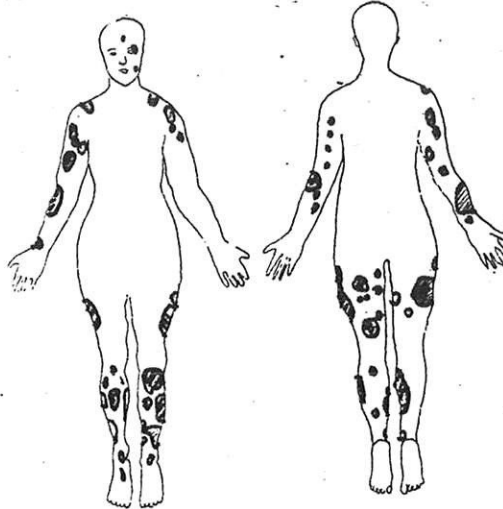
Ultérieurement, les drogues vaso-actives sont rapidement diminuées, l'extubation est effectuée 3 jours après le dernier arrêt cardiaque, la conscience est normale, l'alimentation est reprise.

L'enfant retourne dans le Service de Pédiatrie, où il reçoit

- une kinésithérapie pulmonaire et articulaire,
- du CLAMOXYL (1 g I.V. toutes les 4 heures pendant 6 jours puis relais per os)
- du GARDENAL.

Ce qui sera alors important, c'est l'apparition

**d'ESCARRES CUTANÉES MULTIPLES**



à l'endroit des diverses ecchymoses - dont une au niveau de la paupière supérieure gauche.

Par ailleurs,

- L'E.E.G. réalisé un mois après l'épisode aigu s'est normalisé, alors qu'il existait au cours des premiers jours une souffrance cérébrale diffuse sur plusieurs tracés successifs.

- L'E.C.G., à la même date, est normal

- l'échocardiographie montrait une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, bien compensée.

A DISTANCE, en 1992,

Les seules séquelles sont des CICATRICES TRES IMPORTANTES au niveau des nécroses cutanées. Il n'existe aucune anomalie psycho-intellectuelle, l'état cardiologique et vasculaire est normal.

AU TOTAL, il s'est agi

d'un **PURPURA FULMINANS MENINGOCOCCIQUE**

- ayant provoqué un collapsus rapide et des arrêts cardiaques multiples engageant gravement le pronostic vital
- puis suivi de nécroses cutanées notables.

Tout ceci succédant

**A UNE BANALE VARICELLE...**

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était, en fait, une maladie virale réelle dont rien ne permettait de prévoir qu'elle se "compliquerait" d'un PURPURA FULMINANS.

\* IL Y AVAIT DONC AUSSI UN SECOND DIAGNOSTIC A FAIRE...

Que penser de l'évolution si le médecin traitant s'était fié simplement aux informations téléphoniques des parents du malade apparemment non inquiétantes dans ce contexte précis, et ne s'était pas rendu sur place?...

\* LA FAILLE n'appartient pas ici à un cheminement erroné de la pensée médicale, mais à

L'ADDITION INOPINEE DE 2 MALADIES DIFFERENTES

- la première évidente et banale
- la seconde gravissime et imprévisible.

# # # # # # # # # # # # #

Tout purpura fébrile de l'enfant doit être considéré à priori comme un purpura fulminans. Environ 100 cas annuels sont déplorés en France, compliquant une fois sur quatre une méningite à MENINGOCOQUE (germe responsable de la plupart des cas avec l'haemophilus Influenzae). Le sérotype B prédomine largement avec un pic de fréquence en Décembre. L'évolution est gravissime avec coma, état de choc engageant le pronostic vital (létalité plus d'une fois sur trois). L'antibiothérapie IV, associée à la réanimation, doit être débutée immédiatement par une AMOXICILLINE ou une CEPHALOSPORINE de 3<sup>e</sup> génération (active sur le méningocoque et l'haemophilus) sans attendre la confirmation du diagnostic par l'isolement du germe à partir du LCR et/ou du sang.

## UNE ASCARIDIOSE... HEUREUSE

Il faut aussi savoir penser aux choses simples.



- ASCARIS -

Monsieur Antonio P... est un artisan de 30 ans, d'origine portugaise, sans antécédents notables, qui se plaint depuis 3 mois d'ALGIES ABDOMINALES DIFFUSES et REBELLES.

En 1987, il a été hospitalisé à 3 reprises dans un Service de Chirurgie :

#### LA 1ère HOSPITALISATION

a permis de constater

- que l'examen clinique n'apporte aucun élément significatif;
- que la biologie (VS, hémogramme, protéinogramme, glycémie, bilan lipidique, amylasurie, amylasémie, bilan hépatique, ECBU, parasitologie des selles, coprologie fonctionnelle) est normale ;
- que l'échographie abdominale est normale ;
- que le lavement baryté est normal ;
- que l'U.I.V. est normale.

La conclusion est plutôt en faveur d'une pathologie fonctionnelle chez un artisan ayant une activité professionnelle importante et préoccupante (factures non réglées par divers clients). Bien que le syndrome douloureux ne soit nullement typique, le malade a, la veille de son départ, une fibroscopie oeso-gastro-duodénale qui permet d'exclure l'hypothèse d'un ulcère.

#### LA 2ème HOSPITALISATION

3 semaines après la première, est motivée par les mêmes doléances. Bien qu'il n'y ait pas de leucocytose (7200 leucocytes, 62 % de P.N.), la localisation préférentielle des douleurs au niveau de la FID conduit à une APPENDICECTOMIE, qui enlève un appendice banal et permet de vérifier qu'il n'y a pas de diverticule de Meckel ni d'adénopathies mésentériques.

Les suites opératoires sont simples - mais les douleurs persistent.

#### LA 3ème HOSPITALISATION

2 semaines après la seconde, rend le chirurgien perplexe. Sont alors réalisés, au terme d'un examen clinique négatif,

- une nouvelle échographie abdominale, qui est toujours normale,
- et un SCANNER ABDOMINAL, demandé dans l'hypothèse d'un LYMPHOME : il est également normal.

Le malade est alors confié à un Service de Médecine Interne faute de diagnostic précis.

#### LORS DE CETTE 4ème HOSPITALISATION

- \* Un nouvel examen clinique est encore négatif ;
- \* Une anxiété certaine semble relever du caractère répétitif des douleurs beaucoup plus que d'une structure psychique fragile : les doléances sont manifestement crédibles ;
- \* La lecture du dossier chirurgical, très minutieusement tenu, montre une prise en charge parfaitement correcte et, chez ce malade
  - qui n'a pas de syndrome inflammatoire biologique ;
  - qui n'a pas d'éosinophilie sanguine ;



- dont les recherches parasitologiques dans les selles, sur 3 jours, demeurent négatives ;
- dont les clichés thoraciques sont normaux ;
- dont l'IDR à la tuberculine est banalement positive ;
- dont le tableau n'est en rien celui d'une entérocologie inflammatoire ni celui d'une maladie périodique, ni celui d'un saturnisme, ni celui d'une porphyrie ;

il est décidé, avant d'entreprendre des recherches complexes, de pratiquer le seul examen complémentaire simple absent du bilan précédent, en l'occurrence

#### UN TRANSIT DU GRELE



qui va, avec bonheur, révéler l'existence "majestueuse"

D'UN ASCARIS !

\* Un traitement par FLUBENDAZOLE (Fluvermal : 2 comprimés à 100 mg par jour pendant 3 jours) apporte la guérison définitive des douleurs.

Par principe, une COLOSCOPIE courte est réalisée, afin de ne pas méconnaître une maladie inflammatoire intestinale : elle est normale.

Revu à l'échéance de 30 jours, de 3 mois et d'un an, le malade n'a pas eu d'autres phénomènes douloureux.

## EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE appartenait à un tableau de douleurs abdominales diffuses et rebelles, qui pouvaient, en fait, évoquer "toutes" les maladies. On peut même, au contraire, arguer qu'il n'y avait pas de piste précise.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC est dû à l'aboutissement d'une réflexion stricte et de BON SENS sur un dossier, où "manquaient" (sans que nulle critique en soit justifiée) une COLOSCOPIE et un TRANSIT DU GRELE. En commençant par ce dernier examen, l'ASCARIDIOSE est aussitôt apparue. Il n'y avait pas eu lieu de demander une sérologie, devant les examens des selles négatifs et l'absence d'éosinophilie sanguine. Il reste à dire que le TRANSIT DU GRELE demeure un examen facile et peut-être trop souvent oublié, même s'il est vrai que son interprétation n'est pas toujours aisée. Il semble n'être parlant que dans quelques cas : parasitose telle que celle de cette observation, maladie de CROHN, lymphomes...

\* \* \* \*

## CETTE OBSERVATION

est à rapprocher d'une autre, datée de 1985 et concernant une femme de 48 ans qui avait été hystérectomisée par voie haute, légitimement, en raison d'une polycyomatose utérine génératrice de ménorragies. On relevait, parmi les doléances, des DOULEURS ABDOMINALES DIFFUSES, non expliquées par la pathologie utérine : le volume utérin n'était pas majeur, il n'y avait pas de nécrobiose aseptique. Un lavement baryté de prudence avait été considéré comme normal. Le chirurgien, au cours de l'intervention, avait constaté une induration curieuse, qu'il comparait à un "paquet de crayons", au niveau de la dernière anse grêle. Il avait pratiqué une petite iléotomie et trouvé un amas d'ascaris. Lors de l'examen du dossier, en période post-opératoire, au cours d'un staff médico-chirurgical, un second regard avait été porté sur le lavement baryté : si le colon était en effet normal, la dernière anse grêle, bien injectée par la baryte, laisse voir la présence des ASCARIS... mais on ne trouve bien que ce que l'on cherche...

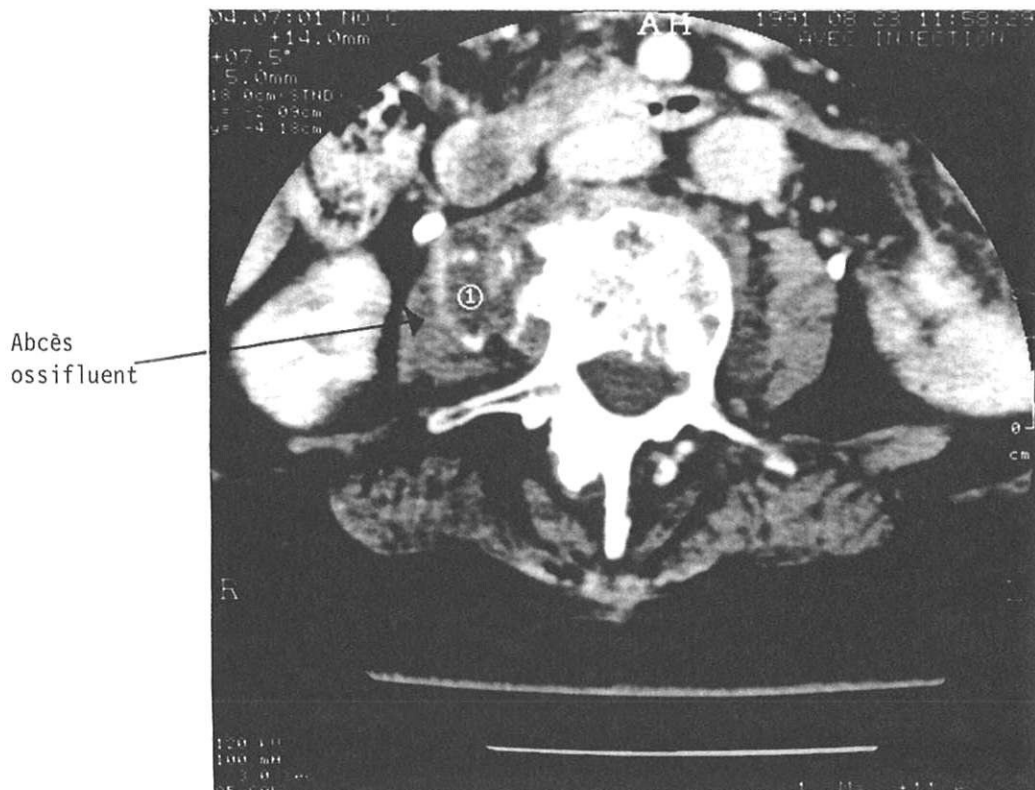
# # # # # # # # # #

L'ASCARIDIOSE est due à un ver nématode cosmopolite spécifiquement humain : ASCARIS LUMBRICOIDES. Avalés par l'homme avec des aliments ou de l'eau souillés, les parasites remontent l'arbre respiratoire jusqu'au pharynx et sont déglutis. La phase d'invasion correspond à la migration larvaire avec une symptomatologie surtout pulmonaire (Syndrome de LOEFFLER) et une hyperéosinophilie sanguine. Les vers adultes peuvent être responsables de troubles digestifs (diarrhée, colique, nausées) ou nerveux (agitation, terreurs nocturnes). Le traitement par FLUVERMAL (2 cp/jour pendant 3 jours) ou SOLASKIL (150 mg en une prise unique) donne d'excellents résultats. Il faut évoquer aussi les syndrômes de "larva migrans" liés à toxacara canis ou cati, parasites animaux.

- 11 -

UNE SPONDYLODISCITE  
TUBERCULEUSE

Quand le passé explique deux fois le présent.



Madame Louise B..., âgée de 89 ans, était, jusqu'à ces dernières semaines, parfaitement alerte - ce qui peut surprendre en connaissant la suite de son histoire - et d'un intellect conservé.

Elle est hospitalisée en 1991 pour

### UNE FIEVRE AU LONG COURS

- qui dure en effet depuis plus de trois semaines
- qui est supérieure à 39° avec une mauvaise tolérance
- et dont l'étiologie paraît initialement facile à comprendre.

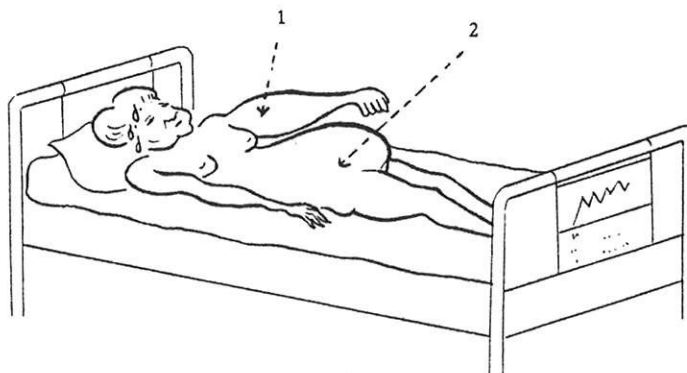
#### 1ère ETAPE.

En effet, cette femme très pâle (Hb = 7,50 g) présente, à l'évidence,

1 - UNE PHLEBITE DU MEMBRE SUPERIEUR GAUCHE  
\* succédant à un traumatisme scapulaire par chute, sans fracture

- \* confirmée par l'examen Doppler
- \* de localisation axillaire et humérale

2 - et UN ABDOMEN METEORISE, SUB-OCCLUS  
\* avec des niveaux liquides du colon et du grêle à l'ASP  
\* et une vive douleur à la palpation de la FIG  
ceci évoquant une pathologie colique gauche qu'un lavement baryté à la gastrographie rapporte à  
UNE SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE importante.



. L'interrogatoire, difficile chez cette femme très fatiguée, n'apporte aucune notion qui semble significative.

. Le reste de l'examen clinique est normal.

. La biologie montre un syndrome inflammatoire (VS = 86 mm, CRP = 67 mg/l), une leucocytose à 12 000 avec 89 % de P.N. et une discrète élévation de la créatininémie (16 mg) de type fonctionnel, sans protéinurie, ni anomalies cytologiques urinaires.

. Le cliché pulmonaire, fait au lit, de qualité médiocre, montre une image ronde apicale droite, qui paraît ancienne et un aspect d'"os de seiche" du même côté (il n'y a aucun symptôme broncho-pulmonaire). L'IDR à la tuberculine est banalement positive.

AU TOTAL, PHLEBITE, SIGMOIDITE avec ANEMIE importante de type inflammatoire suffisent, à priori, à expliquer la fièvre et conditionnent un traitement triple :

- > HEPARINE à la seringue électrique
- > CLAMOXYL, FLAGYL, SPASFON
- > 3 CULOTS GLOBULAIRES

avec une impression de pronostic rapidement favorable.

2ème ETAPE.

Malheureusement, au bout de 10 jours,

LA FIEVRE PERSISTE alors que

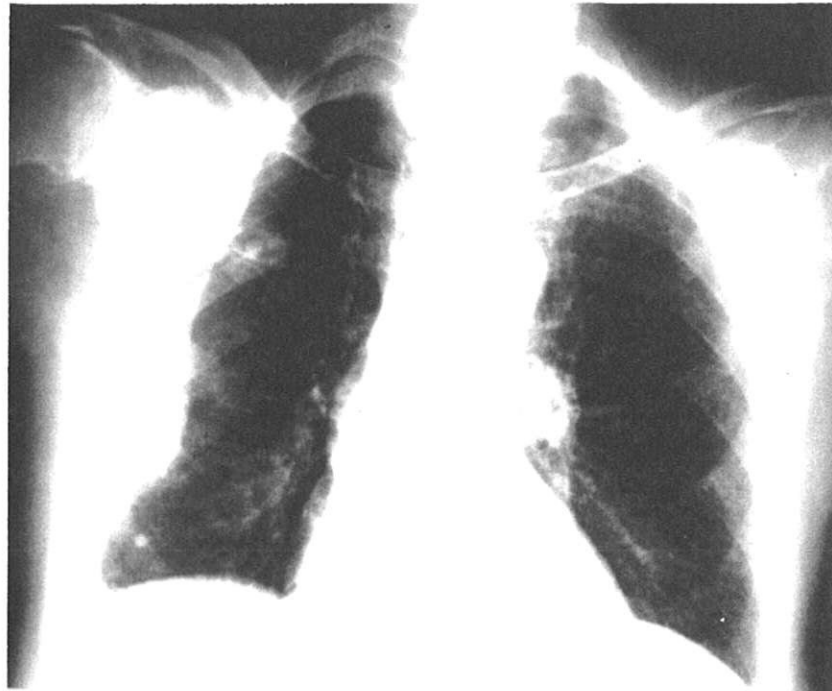
- la phlébite est guérie
- les hémocultures réitérées sont négatives
- les examens de crachats révèlent une flore non significative
- l'abdomen est nettement amélioré, l'ASP normalisé,
- les échographies abdominale, rénale et pelvienne sont normales.

D'autre part :

- l'état général demeure nettement altéré
- le syndrome inflammatoire reste identique.

Une nouvelle lecture du dossier attire l'attention sur :

\* l'image pulmonaire apicale : aspergillome ?... mais les séro-diagnostic aspergillaires sont négatifs.



\* et l'apparition d'une leucocyturie sans germes.

On décide donc d'effectuer, au terme d'un nouvel examen clinique négatif,

--> une COLOSCOPIE COURTE, prudente, qui ne découvre aucune image néoplasique

--> et un SCANNER ABDOMINAL à la recherche d'une pathologie tumorale, lequel provoque la surprise car, si tous les viscères abdominaux et les reins sont normaux, celui-ci montre

### UNE SPONDYLODISCITE L2-L3 !

A ce stade des investigations, un interrogatoire minutieux de la FAMILLE révèle :

1 - LA NOTION D'UNE TUBERCULOSE pleuro-pulmonaire dans l'adolescence (les images radiologiques avaient bien sûr évoqué ce diagnostic mais sans lui accorder assez d'importance)

2 - et UNE LAMINECTOMIE 5 ans auparavant pour une hernie discale (un nouveau regard sur les clichés rachidiens en découvre en effet la trace).

C'EST ICI QUE LE PASSE EXPLIQUE 2 FOIS LE PRESENT.

#### 3ème ETAPE.

L'hypothèse diagnostique, après concertation avec nos collègues rhumatologues, est celle

d'une

SPONDYLODISCITE TUBERCULEUSE.

. L'âge écarte l'indication d'une ponction in situ.

. Un traitement est mis en route par RIMIFON, RIFADINE, MYAMBUTOL, qui vont obtenir

l'apyrexie en 10 jours

et une amélioration générale spectaculaire en 15 jours.

. L'un des ECBU effectués avant traitement révélera la présence, vérifiée, d'un B.K. Mais les investigations urinaires ne seront pas menées plus avant en raison de l'âge.

#### QUELLES ONT ETE LES FAILLES ?

1 - L'interrogatoire fut incomplet... en raison de l'état de la malade. Il reste qu'il était possible de mieux questionner la famille dès le début.

2 - L'examen clinique a méconnu

\* la cicatrice de laminectomie, en fait à peine visible, et masquée par un repli cutané

\* la raideur lombaire, bien difficile à apprécier chez cette femme alitée : seuls les signes méningés avaient été recherchés, négativement.

3 - L'examen de l'ASP aurait pu montrer la laminectomie... mais l'ASP n'est pas un cliché du rachis.

REVUE AVEC UN REcul D'UN AN

Cette malade va très bien, marche avec une canne sans difficulté majeure et ne garde qu'une raideur lombaire localisée... et des images radiologiques parlantes.



EN RESUME

---

\* LE TABLEAU INITIAL égarait en montrant

- une phlébite du membre supérieur gauche évidente
- une sigmoïdite sévère

soit 2 FAUSSES PISTES...qui avaient pourtant leur part dans la pathologie.

\* MAIS LES FAILLES résidaient à la fois,

- dans l'interrogatoire
- dans l'examen clinique
- dans la lecture radiologique

\* TOUT EST BIEN QUI FINIT BIEN

mais le retard au diagnostic a été de 21 jours.

# # # # # # # # # #

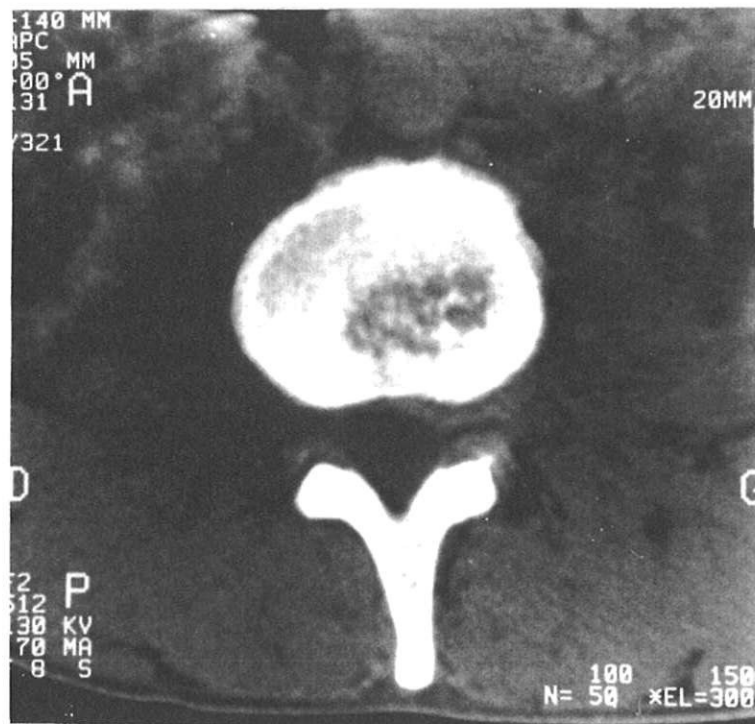
Les spondylodiscites tuberculeuses ou mal de Pott se rencontrent actuellement surtout chez les sujets transplantés. La notion d'antécédents tuberculeux est souvent retrouvée. Le tableau clinique se caractérise par son insidiosité. Les lésions sont très destructrices et le retard radiologique est long. L'IDR est positive, et la recherche des BK dans les crachats et les urines est indispensable. Le traitement prolongé de 12 à 18 mois associe une immobilisation du rachis et une tri-antibiothérapie antituberculeuse.



- 12 -

UNE SPONDYLODISCITE  
STAPHYLOCOCCIQUE

Une lombalgie : rein... ou rachis ?



Monsieur Gérard D..., ouvrier spécialisé dans une tuilerie, âgé de 45 ans et considéré comme n'ayant pas d'antécédents notables, est hospitalisé en 1990, à la demande de son médecin traitant, en raison d'un tableau de COLIQUE NEPHRETIQUE.

#### INITIALEMENT

Il s'agit d'une

#### LOMBALGIE GAUCHE

irradiant vers la face antérieure de la cuisse. Un Service Urologique, qui prend en charge le malade, le définit légitimement comme atteint d'une possible PYELONEPHRITE devant

- \* cette lombalgie
- \* une fièvre à 38°5 qui existe depuis une semaine
- \* et l'image urographique d'une POLYKYSTOSE RENALE

BILATERALE : "kystes de volumes divers, nette hypertrophie rénale avec contours rénaux peu visibles et cavités pyélo-calicielles volumineuses, étirées et comprimées par des masses rénales".

Cependant, l'ECBU est négatif - mais le malade avait reçu, au cours des jours précédents, une antibiothérapie dont il ne peut préciser la nature. Il n'y a pas d'hémoculture demandée.

Un traitement par BACTRIM per os est effectué, et le malade quitte la Clinique.

#### DANS UN SECOND TEMPS

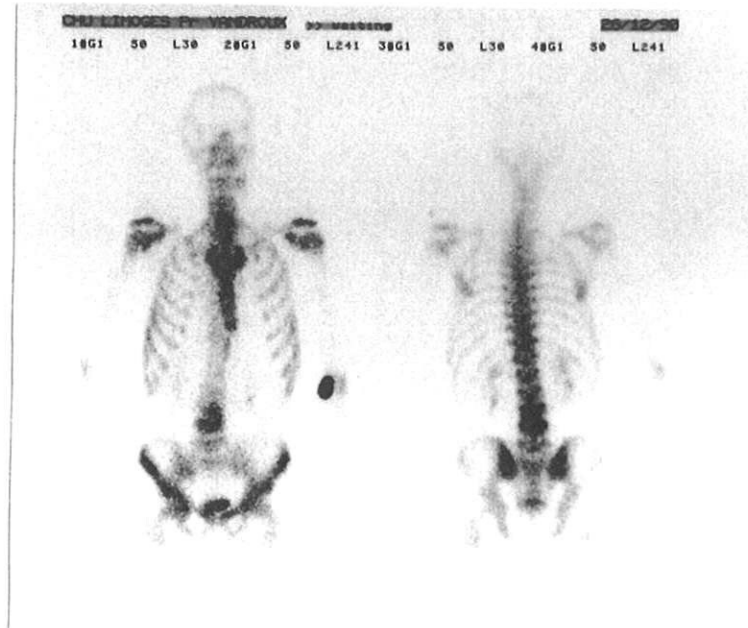
Il est hospitalisé 10 jours plus tard dans un Service de Médecine Interne où les éléments constatés sont les suivants :

- \* lombalgie identique prédominant à gauche,
  - \* RAIDEUR RACHIDIENNE lombaire,
  - \* fébricule à 37°8-38°,
  - \* notion - à l'interrogatoire répété - d'un FURONCLE du menton survenu il y a un mois et qui a duré une semaine (seule en persiste une minime cicatrice rosée),
  - \* ECBU négatif
  - \* VS à 62 mm, leucocytose à 10 000 avec 81 % de P.N.,
  - \* fonction rénale normale, glycémie normale,
- protéinogramme normal.

Dès lors, l'attitude sera de soupçonner l'existence d'une SPONDYLODISCITE et de la rechercher par

1 - DES CLICHES DU RACHIS QUI SONT NORMAUX, en dehors d'une scoliose lombaire et d'une banale spondylarthrose déjà constatées lors de l'hospitalisation précédente,

2 - UNE SCINTIGRAPHIE OSSEUSE en urgence, qui montre une hyperfixation... attendue... en L3-L4.



3 - UN SCANNER RACHIDIEN qui confirme le diagnostic de

SPONDYLODISCITE L3-L4

se traduisant par le caractère hypodense du disque et par des remaniements des plateaux vertébraux adjacents - sans aucun argument en faveur d'une épidurite.

4 - UNE SERIE DE 8 HEMOCULTURES qui seront toutes positives avec un STAPHYLOCOQUE AUREUS, méti-S, sensible aux fluoro-quinolones et à la Rifampicine.

5 - UNE PONCTION DISCALE réalisée par un chirurgien orthopédiste du CHU, qui isole le même staphylocoque.

L'occasion est ici fournie de rappeler le retard fréquent des radiographies standard par rapport à la scintigraphie osseuse et, bien sûr, au scanner.

AU TOTAL, le diagnostic est établi d'une manière certaine ; la porte d'entrée est le FURONCLE ; un traitement est immédiatement entrepris, avec la collaboration des rhumatologues, par

\* un LOMBOSTAT PLATRE bientôt relayé par un LOMBOSTAT PLASTIQUE

\* OFLOCET + RIFAMPICINE injectables puis orales qui seront maintenues pendant une durée totale de 3 mois, avec surveillance

biologique. Il n'y aura pas d'incidents : la gammaGT s'est élevée à 103 U (initialement 56 U) sans cytolyse ni autres anomalies.

QUELLES ONT ETE LES FAILLES ?

1 - L'interrogatoire fut incomplet, le malade ayant omis, à plusieurs reprises, de mentionner son furoncle du menton.

2 - L'examen clinique initial, orienté vers une affection rénale, a négligé le rachis - mais il faut dire que l'UIV a, d'emblée, créé une piste volontiers attirante avec les images rénales de polykystose.

3 - L'absence d'hémocultures a été également l'occasion d'un retard au diagnostic.

REVI REGULIEREMENT PENDANT UN AN

Le malade va bien, cliniquement, biologiquement et radiologiquement.

EN RESUME

---

\* LES TROP BELLES IMAGES UROGRAPHIQUES ont pris le devant de la scène. La polykystose rénale existe bien, mais n'est pas "coupable". En outre, cette spondylodiscite n'avait pas l'aspect "bruyant" habituel aux staphylococcies ostéo-articulaires.

\* LES FAILLES résidaient dans

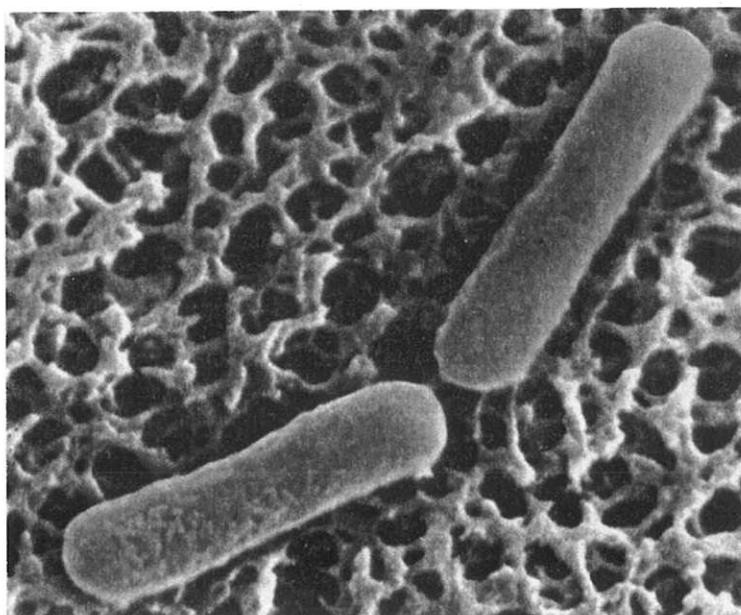
- l'interrogatoire... un peu
- l'examen clinique, beaucoup

# # # # # # # # # # #

Les spondylodiscites bactériennes sont liées une fois sur deux au STAPHYLOCOQUE. La recherche de la porte d'entrée est importante. La symptomatologie est généralement très parlante : syndrome rachidien net avec rigidité (signe majeur) et fièvre élevée. L'antibiothérapie doit associer idéalement 2 antibiotiques bactéricides et à pénétration ostéo-articulaire, initialement I.V. puis per os, pendant une durée d'au moins 2 mois, avec immobilisation du rachis au début du traitement.

## UNE "AFFAIRE" DE BOTULISME

Une trompeuse apparence qu'il ne faut jamais oublier.



CLOSTRIDIUM BOTULINUM

Le botulisme n'est pas exceptionnel : les 50 cas annuels déclarés en France sont certainement très inférieurs à la réalité.

Pour ce qui concerne la Haute-Vienne, plusieurs observations frappantes concernent les dix dernières années : entre autres

I - celle, récente, d'un jeune Allemand de 20 ans, atteint d'un coma de plusieurs semaines après avoir mangé, alors qu'il campait dans le Limousin, des saucisses en conserve préparées par sa mère (hospitalisé dans le Service de Réanimation du CHU de Limoges, il a curieusement "appris", pendant son coma, le maniement sommaire de la langue française, qu'il ne pratiquait pas, et a pu, à son réveil, reconnaître à leur voix les infirmières qui l'avaient soigné, en les appelant par leur prénom !) ;

II - celles de 2 sujets, un adulte et un adolescent, ayant consommé le même aliment - qui seront rapportées à la fin de ce chapitre ;

III - et celles d'un groupe familial, reconstituées à partir du cas qui est conté ci-après.

\* \* \* \*

Madame Danièle C..., âgée de 31 ans, est examinée en consultation externe en 1976 pour les symptômes suivants, apparus en 48 heures :

- 1 - une ASTHENIE profonde,
- 2 - une CONSTIPATION,
- 3 - une SECHERESSE BUCCALE INTENSE, absolument inhabituelle,
- 4 - une DYSPHAGIE
- 5 - et surtout un TROUBLE OCULAIRE qui est une PRESBYTIE AIGUE par perturbation de l'accommodation, avec impossibilité de lire. Il existe une MYDRIASE BILATERALE modérée.

Tout ceci pourrait être rapporté à la prise, pendant 3 jours, de plusieurs comprimés de BELLADENAL absorbés

- par une habitude d'auto-médication familiale (la mère de cette malade use de ce remède depuis plusieurs années et le conseille parfois à ses proches !...)

- et surtout parce qu'il a existé, 4 jours auparavant, un épisode de GASTRO-ENTERITE (douleurs épigastriques et diarrhée) que l'intéressée ne signale pas spontanément : c'est un interrogatoire rigoureux qui le met en évidence et qui permet de détecter l'ingestion récente - la veille des troubles digestifs, au cours d'un REPAS FAMILIAL - d'un JAMBON dont l'odeur et le goût avaient paru suspects... sans pour autant le faire rejeter.

A partir de ces 3 notions assemblées

- 1 - aliment douteux
- 2 - épisode bref de troubles digestifs (quelques heures)
- 3 - syndrome de type atropinique consécutif

le diagnostic immédiatement retenu est celui de

BOTULISME

Dans le même temps sont prises les 4 mesures essentielles suivantes :

- 1 - hospitalisation de la malade, sans aucun retard ;
- 2 - recueil du reliquat de jambon, pour TOXINOTYPIE qui permettra de confirmer le diagnostic de

#### BOTULISME "B"

3 - information sur la provenance du jambon : celui-ci a été acheté dans une charcuterie locale qui va être visitée le jour même par les SERVICES VETERINAIRES alertés, lesquels y découvriront l'existence d'une dizaine de jambons prêts à la vente et contaminés ;

4 - enquête familiale soigneuse, révélant - et l'intérêt de l'observation est ici majeur - que 3 autres personnes ont partagé le repas de la malade

- . sa soeur
- . et ses 2 beaux-frères

Il s'avère que ces 3 personnes ont été examinées, l'une le jour même et les 2 autres la veille, par deux médecins différents, alors qu'elles présentaient une symptomatologie identique, orientant plutôt ces deux praticiens vers une piste neurologique ou une maladie ophtalmologique en raison de la prédominance du trouble oculaire. TOUTES les personnes atteintes ont été hospitalisée en Unité de Réanimation pendant une semaine : elle ont guéri sans aucun incident.

\* \* \* \*

Cette histoire est à rapprocher de celle qui est citée en deuxième position au début de ce texte, et qui touche un ADULTE de 47 ans et son neveu de 13 ANS. L'oncle a convié ce neveu à une partie de chasse, coupée d'un léger repas pris dans la nature : au menu, un pot de RILLETTES dont la culpabilité sera affirmée par la TOXINOTYPIE effectuée sur d'autres pots de même provenance : il s'agit de conserves familiales. Le dénouement a été moins heureux :

- pour l'oncle, le diagnostic de BOTULISME a été immédiatement fait par le médecin, remplaçant du praticien local et préparant le CES d'Ophtalmologie, ce qui lui valait une connaissance parfaite des troubles oculaires liés à cette intoxication ;

- pour le neveu, au contraire, des explorations à visée neurologique (recherche d'un processus expansif intra-crânien) ont été programmées selon une chronologie lente qui a fait errer le diagnostic et a amené, malheureusement, le DECES de ce jeune garçon.



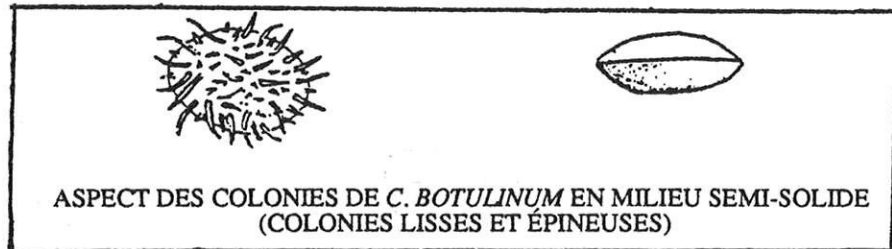
EN RESUME

---

Il est donc essentiel de savoir reconnaître, sous les TROUBLES OPHTALMOLOGIQUES à type de PRESBYTIE AIGUE, qui sont parfois au premier plan et peuvent constituer une FAUSSE PISTE, le VRAI DIAGNOSTIC d'une maladie qui peut avoir des conséquences graves telles que celles mentionnées ci-dessous :

- décès
- coma
- autres phénomènes pathologiques plus ou moins sévères.

Et que peut-on supposer si les jambons confectionnés par un charcutier ayant pignon sur rue n'avaient pas été interceptés avant leur vente ?

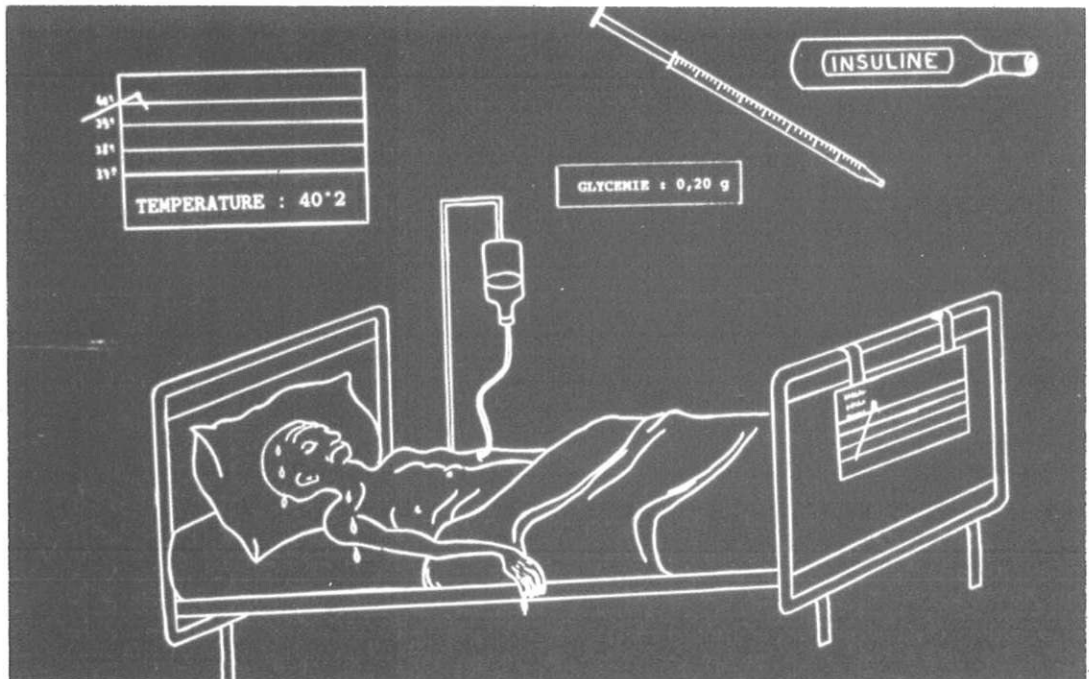


#####

Le botulisme est une toxi-infection alimentaire liée à la TOXINE virulente du CLOSTRIDIUM BOTULINUM, bacille anaérobie strict. Cette toxine est thermo-labile ; ses caractères antigéniques permettent de distinguer les types A, B, C, D, E et F, le "B" étant le plus fréquent en France. La contamination est essentiellement représentée par les conserves de préparation familiale (viande de porc surtout : jambon, boudins, saucisses ; conserves de végétaux ; conserves de poissons...). Le traitement est essentiellement symptomatique, avec admission en Service de Réanimation de toutes les formes sévères. La déclaration de la maladie est obligatoire. "LE BOTULISME EST MAL CONNU DU MEDECIN" (E. PILLY, Maladies Infectieuses, Edition 1990).

# UN HEMATOME SOUS-DURAL INATTENDU

Il ne faut pas se fier aux apparences.



L'histoire de Monsieur André B..., expert agricole, âgé de 70 ans, est une bonne illustration de l'intérêt - et de la fréquente difficulté - de la POLYPATHOLOGIE DU SUJET AGE.

\* CE MALADE, DIABETIQUE INSULINO-TRAITE, est admis le 16 février 1987 à 14 heures dans le Service des Urgences d'un hôpital où il est bien connu du Service de Médecine Interne, lequel a institué son insulinothérapie 7 ans auparavant. Il présente, à l'évidence

#### UN COMA HYPOGLYCEMIQUE

- profond (stade II)
- avec les sueurs habituelles à cette pathologie
- avec un signe de Babinski bilatéral.

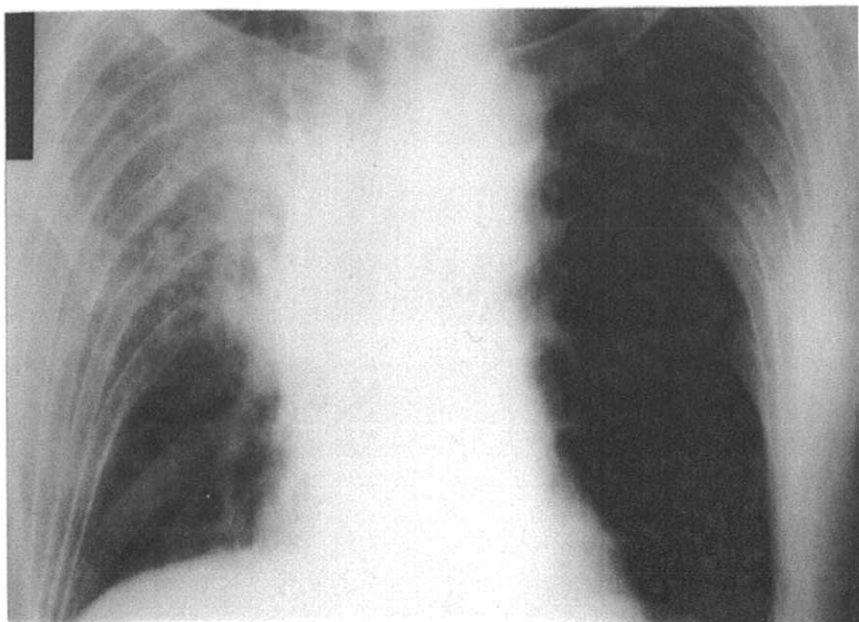
\* Le diagnostic est rapidement affirmé par une glycémie digitale : 0,20 g. On ne dispose pas de renseignements sur l'alimentation du jour : le malade a été trouvé dans un chemin au voisinage de son domicile par son épouse qui s'étonnait de ne pas l'avoir vu à l'heure du déjeuner ; celle-ci est certaine que l'injection d'INSULINE NOVOLENTE du matin (injection unique quotidienne) a été effectuée, comme toujours, par le malade lui-même - mais elle ne peut préciser la dose injectée.

\* Ce qui est initialement troublant, c'est l'existence d'une fièvre à 40°4, rapidement rapportée à une

#### PNEUMOPATHIE DROITE

- attestée par une matité, un souffle tubaire et des râles crépitants très nets,
- confirmée par un cliché rapide de mauvaise qualité qui montre une opacité systématisée, évoquant une étiologie pneumococcique, qui sera ultérieurement confirmée par la positivité des 3 hémocultures réalisées en même temps qu'est effectuée la thérapeutique d'urgence :
  - . SERUM GLUCOSE à 30 % IV : 30 ml seront nécessaires pour rétablir la conscience
  - . SERUM GLUCOSE A 10 %, 1 litre sur 12 heures ensuite.

\* Quand le malade est parfaitement conscient, on réalise un nouveau cliché thoracique



qui retrouve l'opacité lobaire droite. L'interrogatoire met en valeur le début brutal de la pneumopathie, par un point de côté et des frissons, la veille de l'hospitalisation. Le diagnostic est donc maintenu d'une

#### PNEUMONIE FRANCHE LOBAIRE AIGUE

et le traitement, compte-tenu d'une allergie alléguée à la pénicilline, consiste en ERYTHROMYCINE I.V. (1 g x 3 par 24 heures), après vérification de l'E.C.G. qui est normal - en particulier dépourvu de tout allongement du segment QT.

\* DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE où le malade est alors admis, son examen clinique, au cours des heures suivantes, est satisfaisant quant à la conscience et à l'état neurologique (le signe de Babinski a totalement disparu). Le malade répond à toutes les questions mais demeure abattu en raison de sa fièvre qui reste supérieure à 40°.

\* A CE STADE DE L'HISTOIRE, ON PEUT LEGITIMEMENT SE CONTENTER DE LA PRISE EN CHARGE QUI EST FAITE, puisque :

- les glycémies capillaires - surveillées heure par heure - sont acceptables (entre 1 g et 2 g) ;
- la biologie montre une LEUCOCYTOSE à 18 200 avec 82 % de P.N. (allant bien dans le sens du diagnostic), une VS à 70 mm, une fonction rénale normale, une calcémie normale, un ionogramme normal, un ECBU normal ;
- il n'y a aucun signe méningé ;
- les clichés crâniens (faits systématiquement devant tout coma, selon les habitudes du Service) sont normaux.

\* Cependant, l'un des membres de l'équipe soignante qui a suivi ce malade 2 fois par an, en consultation externe, depuis plusieurs années, et qui connaît son auto-discipline rigoureuse, s'étonne tout de même de ce coma hypoglycémique sans cause évidente. Cet étonnement, simplement énoncé, ne donne pas lieu à une enquête familiale, dans la mesure où le malade affirme avoir fait correctement ses injections d'INSULINE et s'être normalement alimenté (sauf lors du déjeuner, comme il a été dit antérieurement).

\* LE LENDEMAIN MATIN, le malade va bien, au terme d'un examen fait à 8 H 30 : sa conscience est normale ; sa fièvre est à 40° - mais ceci n'a rien de surprenant - et c'est cette fièvre qui, à 10 heures, sera considérée comme responsable d'un MINIME EPISODE CONFUSIONNEL : réponse inappropriée aux questions d'une aide-soignante. La glycémie est à 1,80 g.

\* LA PRUDENCE a cependant justifié, de la part du médecin qui s'était étonné du coma hypoglycémique :

- UN NOUVEL EXAMEN CLINIQUE, retrouvant les mêmes anomalies pulmonaires, l'absence (à nouveau) de signes méningés, mais achoppant sur 2 éléments :

- . le caractère un peu "visqueux" de la parole qui était, depuis l'émergence du coma, tout à fait normale ;

. un doute sur un signe de Babinski droit, ce qui provoque donc

- UN NOUVEL INTERROGATOIRE DE LA FAMILLE : la femme du malade croit avoir perçu, au cours des 2 jours précédents le coma, de petits troubles pouvant évoquer des épisodes hypoglycémiques.

Dès lors, les questions posées sont celles-ci :

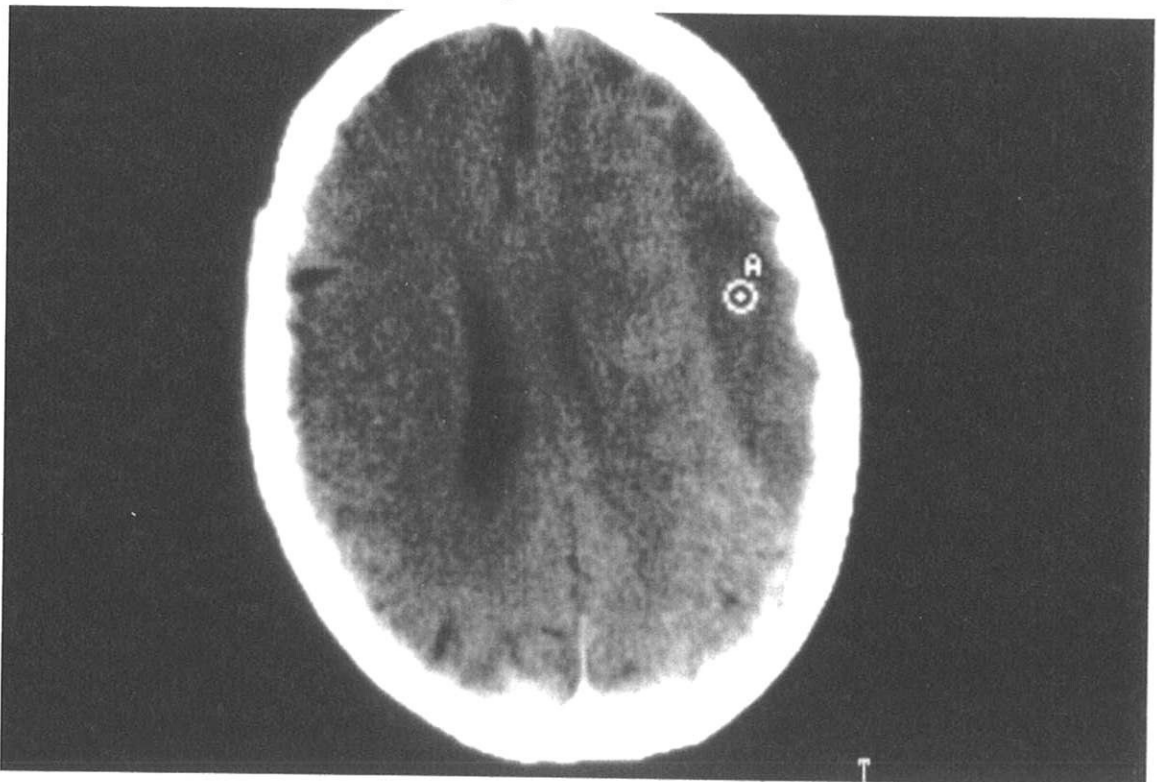
1 - Ce malade rigoureux n'a-t-il pas commis des erreurs dans ses injections d'insuline ?

2 - S'il en est ainsi, n'avait-il pas un trouble de la conscience antérieur aux hypoglycémies ?

LA DECISION D'UN SCANNER CEREBRAL EN URGENCE est donc prise, par principe. Celui-ci montre un

HEMATOME SOUS-DURAL CHRONIQUE GAUCHE

- volumineux
- qui sera opéré le jour même



et tout rentrera dans l'ordre rapidement :

- . l'état neuro-psychique
- . le syndrome infectieux
- . le déséquilibre du diabète, avec reprise d'une INSULINOTHERAPIE du même type que précédemment.

EN RESUME

---

1 - LES FAUSSES PISTES étaient, en fait, des pathologies authentiques :

\* un COMA HYPOGLYCEMIQUE, certes grave, mais dont le diagnostic ne pouvait souffrir aucun doute ni la thérapeutique aucune faiblesse,

\* une P.F.L.A., que l'antibiothérapie a guéri, MAIS il existait, en supplément initialement imprévisible,

2 - UN AUTRE DIAGNOSTIC, FAILLE heureusement évitée, comportant une SEVERITE beaucoup plus grande que les 2 faits précédents s'il avait été retardé, celui d'un

HEMATOME SOUS-DURAL

- avec des symptômes peu probants (le signe de Babinski était vraiment douteux et une petite confusion mentale est probablement compréhensible chez un malade diabétique de 70 ans atteint d'une pneumonie importante et très fébrile)

- dont on connaît les possibles conséquences (hypertension intra-crânienne, engagement).

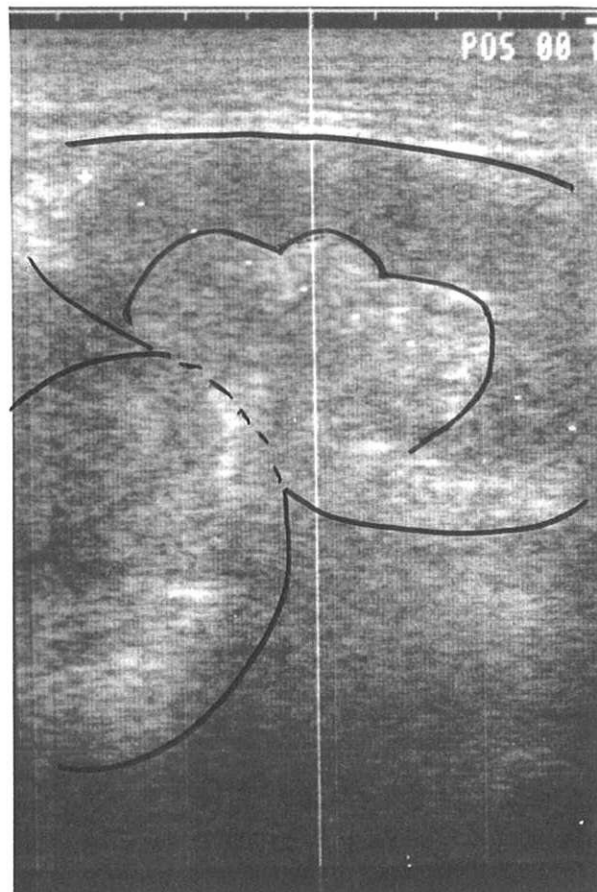
\* Il faut ajouter que, rétabli, le malade s'est parfaitement souvenu d'avoir eu, au cours des jours qui précédaient son hospitalisation, un traumatisme crânien (par une branche d'arbre tombée sur sa tête alors qu'il visitait une ferme) - mais cette notion est apparue "après la bataille" ! Enfin, les erreurs par excès dans les doses d'INSULINE au cours des 3 jours antérieurs à l'admission sont hautement plausibles : le carnet de traitement du malade, habituellement bien tenu, est "vierge" au niveau de ces 3 jours.

# # # # # # # # # #

Un hématome sous-dural est une collection hémorragique siégeant entre la dure mère et l'arachnoïde, provenant de la déchirure de petites veines traversant l'espace sous-dural. La symptomatologie peut se préciser des semaines ou des mois après le traumatisme crânien causal parfois minime (sans perte de connaissance) et souvent oublié. Le tableau clinique est dominé par les céphalées et les modifications psychiques, les signes de localisation neurologique étant tardifs. L'évacuation chirurgicale permet une récupération neuro-psychique satisfaisante dans la majorité des cas.

## UN PHEOCHROMOCYTOME

... Quand le hasard fait bien les choses.



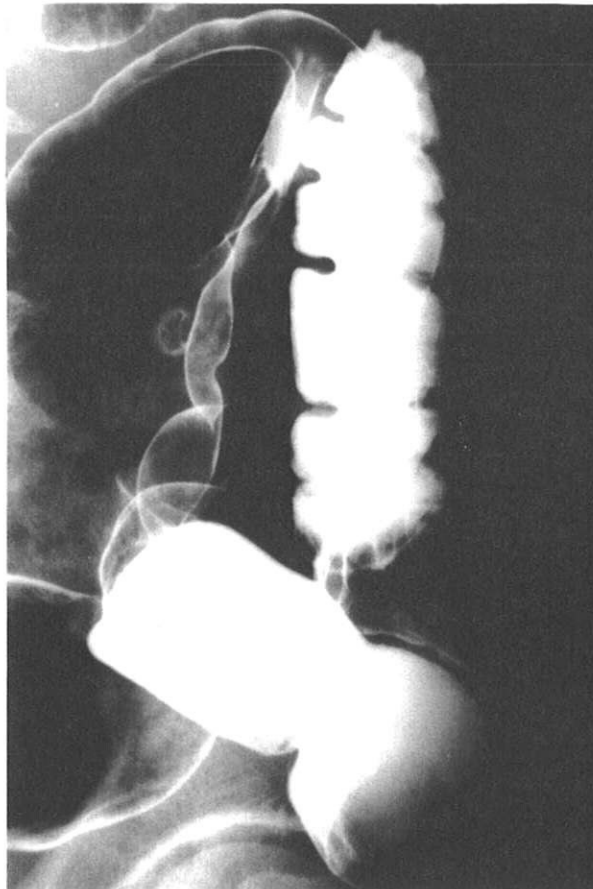


Monsieur André P... est un retraité de 64 ans, sans autres antécédents qu'un DIABETE non insulino-dépendant. Il est admis dans un Service hospitalier en février 1988 pour une UNIQUE RAISON : son médecin traitant a fait pratiquer, devant l'existence de discrets TROUBLES RECENTS DU TRANSIT INTESTINAL (constipation inhabituelle et très rares épisodes diarrhéiques) un LAVEMENT BARYTE qui montre

#### UN POLYPE COLIQUE

- apparemment unique et bénin,
- situé dans le colon gauche.

Muni de son lavement baryté, le malade vient passer 24 heures dans le Service pour une COLOSCOPIE LONGUE et l'ablation éventuelle du POLYPE.



Le matin même de l'hospitalisation, au moment d'être transporté dans la salle d'endoscopie, le malade présente

#### UN MALAISE SUBIT

- avec DYSARTHRIE
- et PARESIE DU MEMBRE SUPERIEUR DROIT
- l'ensemble durant 1/4 d'heure et rentrant spontanément dans

l'ordre.



Ce malaise fait découvrir une POUSSEE HYPERTENSIVE (220/120) qui sera elle-même éphémère. Le malade déclare qu'il n'a pas d'hypertension artérielle connue. Sa glycémie est à 1,70 g. Il n'a pas pris (étant à jeûn) son traitement habituel, fait de GLIBENESE et de GLUCOPHAGE RETARD.

La COLOSCOPIE est alors récusée dans l'immédiat et un bilan cardio-vasculaire et neurologique est effectué :

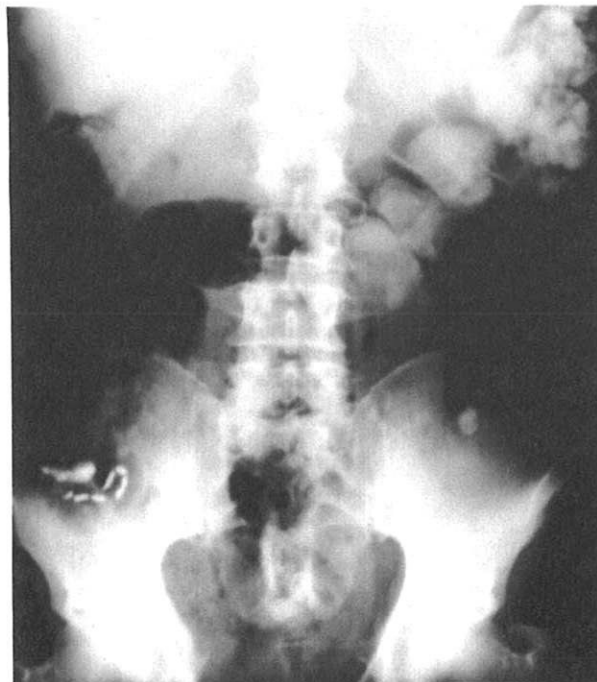
- \* l'ECG est normal.
- \* l'enregistrement Holter est normal.
- \* l'échographie cardiaque est normale.
- \* l'EEG est normal.
- \* le doppler des vaisseaux cervicaux est normal.

Par ailleurs, la biologie, en dehors des discrètes anomalies glycémiques, est normale également : bilan rénal, ionogramme, urines, protéinogramme.

AU TOTAL, il n'y a pas d'autre explication au malaise que la POUSSEE TENSIONNELLE : un traitement par ADALATE est institué - et la sortie du malade est prévue... après, toutefois, UN NOUVEL EXAMEN SOIGNEUX DE SON DOSSIER ET UN NOUVEL INTERROGATOIRE.

\* L'INTERROGATOIRE révèle un AMAIGRISSEMENT de 10 kg en 6 mois et une anxiété fréquente. Il n'y a jamais eu de malaises semblables à celui qui vient d'avoir lieu. Il n'y a pas de doléances appartenant au tableau habituel de l'hypertension artérielle. La constipation est le souci principal.

\* LA RELECTURE DU LAVEMENT BARYTE amène à mieux considérer la FIG . En effet, sur les clichés tardifs, alors que le colon transverse et le colon droit sont bien visibles, l'impression est que le COLON GAUCHE est mal opacifié, comme s'il existait, non pas une tumeur à son niveau (puisque les clichés en double contraste ne montrent que le POLYPE, bien rond, non inquiétant), mais une COMPRESSION EXTRINSEQUE. La fosse lombaire gauche est normale à la palpation, le TR est normal.



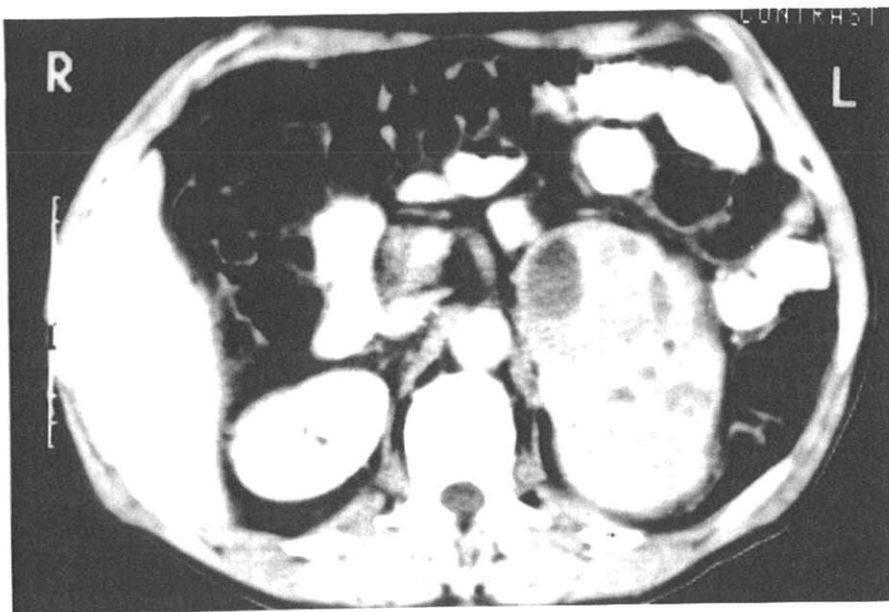
\* A PARTIR DE CETTE HYPOTHESE, il est décidé d'effectuer

UNE ECHOGRAPHIE ABDOMINO-LOMBAIRE

qui va montrer un SYNDROME DE MASSE DU POLE SUPERIEUR DU REIN GAUCHE.

Dès lors, il apparaît indispensable de réaliser

1 - UN SCANNER



qui confirme l'existence d'une tumeur à considérer comme  
SURRENALIENNE

2 - UN DOSAGE DES CATECHOLAMINES, VMA et DERIVES  
METHOXYLES, qui les montre

TRES ELEVES : x 10, 20 ou 40 fois la normale.

\* Le DIAGNOSTIC est donc établi d'un

PHEOCHROMOCYTOME SURRENALIEN GAUCHE

et le malade est confié au chirurgien qui réalise une  
SURRENALECTOMIE : la masse tumorale pèse 643 g et mesure 15 cm x 9 cm. Il  
s'agit en effet d'un PHEOCHROMOCYTOME avec envahissement capsulaire (ce qui

n'implique nullement une malignité). Les suites opératoires sont simples. Une SCINTIGRAPHIE à la M.I.B.G. est réalisée au 20ème jour post-opératoire : elle ne montre aucun foyer d'hyperfixation.

PAR LA SUITE

Le malade aura, 6 mois après son intervention surrénalienne, la COLOSCOPIE qui avait motivé son hospitalisation initiale. Un POLYPE HYPERPLASIQUE BENIN sera enlevé au cours de cette endoscopie, très simplement.

A DISTANCE

En 1992, ce malade va bien n'est plus hypertendu mais garde un diabète traité uniquement par un SULFAMIDE (Diamicron).

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE n'est que partiellement fausse. Le POLYPE COLIQUE a constitué un véritable bienfait en conditionnant l'hospitalisation pour coloscopie.

\* UN AUTRE DIAGNOSTIC est apparu, imprévu et plus important. Le PHEOCHROMOCYTOME refoulait le rein gauche vers le bas, expliquant, par sa propre masse et par ce refoulement, la CONSTIPATION qui était la doléance principale.

On pourrait, à postériori, penser que ce diagnostic pouvait "sauter aux yeux" sur l'association DIABETE + MALAISE AVEC POUSSEE TENSIONNELLE. En réalité, on sait, d'une part, que les phéochromocytomes se constituent souvent LENTEMENT et, d'autre part, qu'ils n'ont pas toujours les aspects cliniques paroxystiques classiquement décrits.

Le retard au diagnostic n'a été que de quelques jours, par rapport à l'arrivée à l'hôpital - mais n'aurait-il pas été plus grand... SANS LE MALAISE ? Là est peut-être LA FAILLE.

Il s'agit ici typiquement d'une OBSERVATION PIEGE où les deux pathologies associées ont trouvé une solution heureuse, à quelques mois d'intervalle - et où l'échographie montre sa remarquable efficacité.

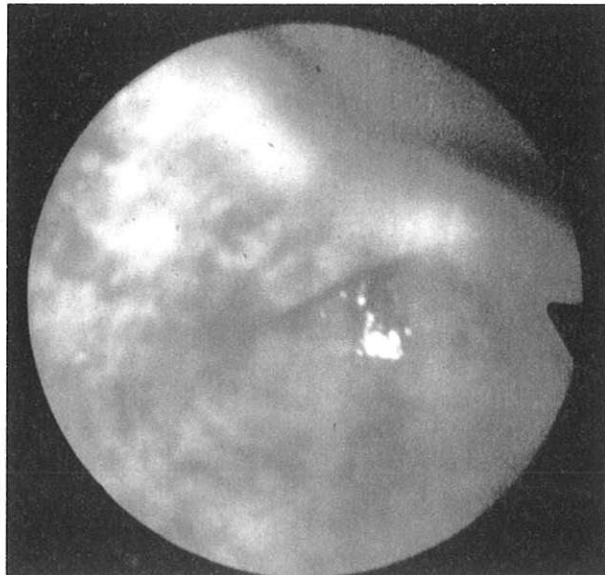
# # # # # # # # # #

Les phéochromocytomes sont des tumeurs chromaffines (bénignes parfois malignes) d'origine surrénalienne ou extra-surrénalienne, sécrétant des catécholamines. Ils constituent une cause d'hypertension artérielle (manifestation la plus fréquente) curable (0,1 % des hypertendus). Dans plus de la moitié des cas, des crises paroxystiques sont rapportées avec sueurs, palpitations, céphales, angoisse, douleurs abdominales ou thoraciques. Un trouble de la tolérance aux hydrates de carbone est souvent retrouvé et l'association avec un cancer médullaire de la thyroïde doit être recherchée (nem II ou III). Le diagnostic est confirmé par le dosage des catécholamines sanguines ou de leurs métabolites urinaires. Les examens radiologiques localisent la tumeur. L'exérèse chirurgicale permet un pronostic favorable.

- 16 -

UNE MALADIE DE CROHN

La lecture d'un dossier se doit d'être complète.



- ERYTHEME EN BANDE -

Mademoiselle Catherine R... est une étudiante de 23 ans qui est hospitalisée le 7 avril 1989, en proie à une colère - nuancée d'humour - à l'égard de son gynécologue qui lui a prescrit une contraception orale OESTRO-PROGESTATIVE qu'elle estime responsable de son

#### ERYTHEME NOUEUX

- 1ère poussée en janvier 1989 lors des premiers jours de la contraception (interrompue peu après),  
- 2ème poussée actuelle dans des conditions identiques (reprise de "pilule" depuis 10 jours)

et à l'égard aussi de son médecin traitant dont elle accuse le traitement par AINS (conseillé pour l'érythème noueux) d'avoir déclenché ses troubles digestifs récents.

#### A SON ADMISSION

Cette jeune femme a

1 - effectivement un ERYTHEME NOUEUX  
absolument typique



2 - mais aussi

- une FIEVRE à 40°
- une ARTHRITE de la cheville droite
- un AMAIGRISSEMENT de 5 kg en 3 mois.

3 - et, plus accessoirement

- quelques APHTES de la cavité buccale
- et une douleur diffuse à la palpation abdominale, ce qui l'amène à parler - en dernier ressort -
  - \* d'algies abdominales non systématisées
  - \* et de selles liquides, 4 à 6 par jours, non sanglantes  
(attribuées au traitement médical, comme il a été dit)

LA SEQUENCE PILULE - ERYTHEME NOUEUX

n'est pas absolument certaine. En effet :

- Il y a bien eu en janvier 1989 (3 mois plus tôt)

- . un ERYTHEME NOUEUX associé à des
- . ARTHRALGIES qui touchaient
  - les 2 poignets
  - les 2 genoux
  - les 2 chevilles

au 5ème jour d'un traitement contraceptif oestro-progestatif.

- L'érythème noueux actuel est bien apparu au 10ème jour d'une nouvelle tentative de contraception.

- MAIS, au cours des années précédentes, une contraception oestro-progestative a été prise à plusieurs reprises - SANS AUCUNE CONSEQUENCE - Il semble donc qu'il s'agisse d'une coïncidence.

\* LA BIOLOGIE de l'entrée montre :

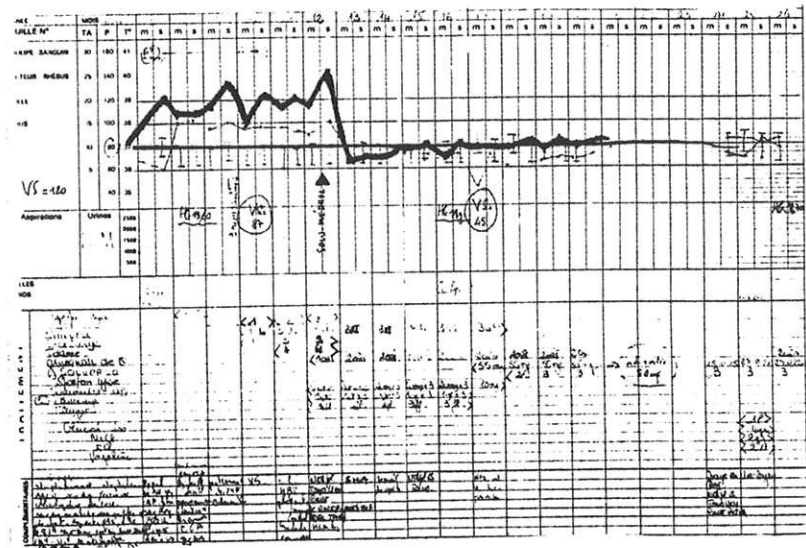
- une VS à 120 mm, une CRP à 178 mg/l, 13 200 leucocytes avec 82 % de P.N. sans éosinophilie ;
- ASLO, AS Kinase, AS Dornase normales ;

En outre,

- les hémocultures sont négatives
- le séro-diagnostic des Yersinioses est négatif
- l'examen des selles ne trouve ni parasites ni salmonelles ou autres germes pathogènes.

\* LES CLICHES PULMONAIRES sont normaux. Il n'y a aucun argument pour une SARCOIDOSE, une étiologie tuberculeuse, etc...

\* LA FIEVRE ET L'ALTERATION RAPIDE de l'état général



amènent à reconsidérer tous les faits, en particulier LES ANTECEDENTS : une APPENDICECTOMIE a été faite il y a 2 ans, dans un Service Chirurgical dont le dossier mentionne clairement la conclusion de l'Interne : "il existe des rectorragies intermittentes et des épisodes de diarrhée qui font hésiter, pour les douleurs abdominales, entre

- une appendicite, peu probable
- et une recto-colite hémorragique - très possible".

La piste ainsi indiquée par un Interne attentif n'avait pas été suivie.

RAPIDEMENT, DEVANT CE FAIT sont réalisés

1 - UNE COLOSCOPIE COURTE

qui montre plutôt un aspect typique de

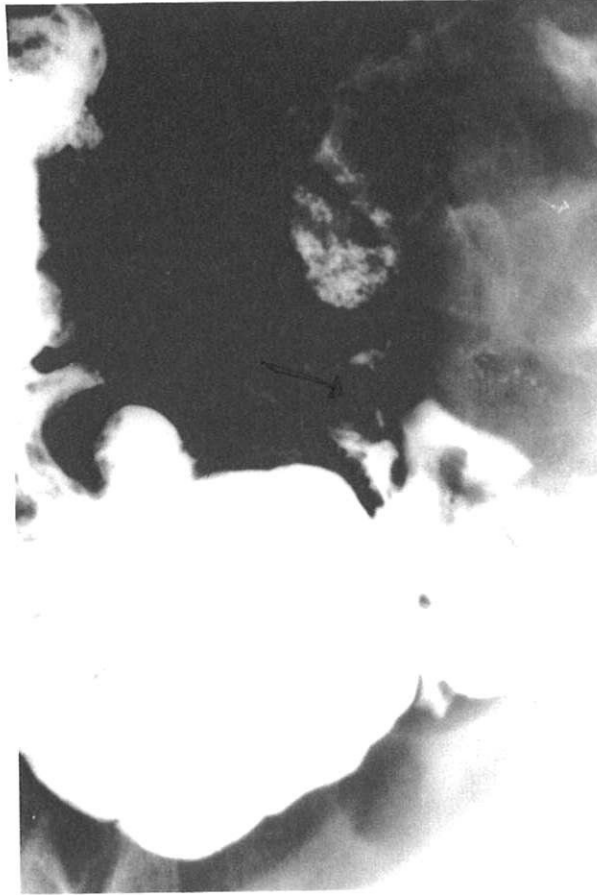
MALADIE DE CROHN

confirmé par l'anatomo-pathologie de tous les prélèvements.

2 - UN LAVEMENT BARYTE

qui injecte la dernière anse grêle et en montre l'aspect filiforme très caractéristique (le colon lui-même n'ayant pas d'anomalies radiologiques patentes)





UNE CORTICOTHERAPIE paraît absolument indispensable, sous la forme initiale de SOLUMEDROL, amenant une amélioration RAPIDE de TOUS les symptômes (fièvre, algies, érythème noueux, arthrites, asthénie...)

Par la suite, le relais sera pris par SOLUPRED (1 mg/kg/jour) pour un traitement de plusieurs mois - avec surveillance minutieuse par un gastro-entérologue habitué à la pratique de cette maladie.

#### ULTERIEUREMENT

- le TRANSIT DU GRELE
  - la COLOSCOPIE LONGUE
- confirmeront parfaitement le diagnostic.
- une CONTRACEPTION ORALE a pu être prise sans aucun incident après 2 mois de traitement corticoïde.
  - puis une GROSSESSE s'est déroulée normalement en 1991.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était celle d'une pathologie iatrogène : contraception pour l'érythème noueux, AINS pour les troubles digestifs.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a tenu compte des doléances digestives - en particulier des selles liquides dans un contexte pathologique riche - mais la lecture du DOSSIER CHIRURGICAL a été DECISIVE : un dossier n'a d'intérêt que s'il est lu d'un bout à l'autre avec le plus grand soin.

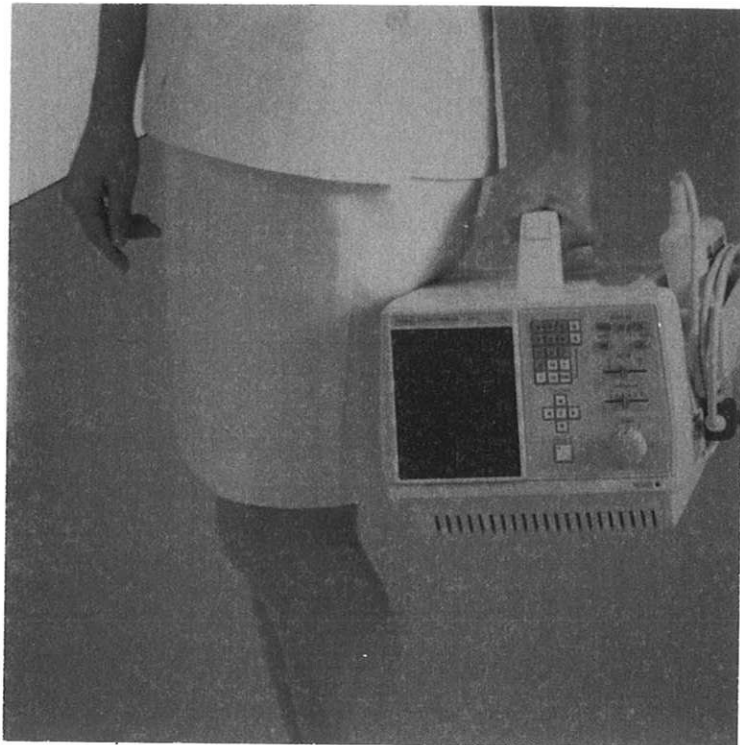
# # # # # # # # # # #

La maladie de CROHN est une maladie inflammatoire chronique cryptogénétique de l'intestin dont l'incidence moyenne est de 4 pour 10<sup>5</sup> habitants, avec un pic entre 20 et 30 ans, une fréquence maximale en Europe du Nord et aux Etats Unis. Les symptômes sont souvent insidieux sans spécificité particulière expliquant le retard diagnostique (environ 1 an) : avec évacuations anormales glairo-sanglantes, douleurs abdominales, lésions anales (fissures, fistules), asthénie, fièvre, amaigrissement, manifestations extra-digestives (ostéo-articulaires, cutanéomuqueuses : érythème noueux, ophtalmologiques...). La biologie est peu spécifique et les examens morphologiques (radiologie, endoscopie, histologie) sont un des fondements du diagnostic retrouvant des lésions intéressant n'importe quel segment du tube digestif de la bouche à l'anus, asymétriques, discontinues avec intervalle de muqueuse saine. L'évolution est jalonnée par la survenue imprévisible de poussées au cours desquelles peuvent survenir des complications (occlusion, abcès abdominaux extra-péritonéaux, fistules, risque de cancérisation multiplié par 10 à 20). Les buts du traitement sont la réduction de la mortalité et l'obtention pour les patients d'une qualité de vie normale. Les poussées de faible gravité sont traitées par SALAZOPYRINE essentiellement ou ses dérivés salicylés (PENTASA). Les poussées sévères nécessitent une corticothérapie orale permettant une rémission clinique dans plus de 90 % des cas. Les formes chroniques relèvent soit d'une corticothérapie prolongée à faible posologie soit de l'AZATHIOPRINE (IMUREL). La chirurgie (résection des lésions avec anastomose) est indiquée lors des complications et dans les formes résistant à un traitement médical bien conduit. Le risque de récurrence est de l'ordre de 50 % 10 ans après l'intervention

- 17 -

UNE TUMEUR CARNINOIDE DU  
GRELE

... L'échographie n'est-elle pas le "sixième sens" de l'Interniste ?



Un appareil portable d'échographie.

UNE PISTE VAGUE.

Madame Marcelle L..., qui a 69 ans, n'a pas d'autres antécédents qu'une appendicectomie réalisée à l'âge de 33 ans et des migraines anciennes. En mai 1991, elle est hospitalisée avec

UNE DOLEANCE UNIQUE

dont le tableau "bâtard" associe

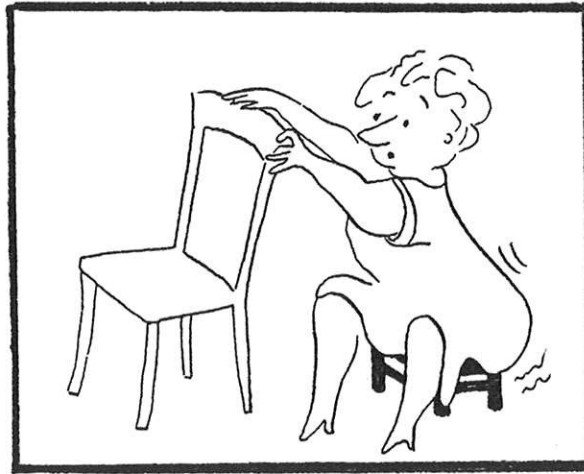
\* des douleurs modérées de la partie haute des 2 cuisses  
\* et une faiblesse musculaire touchant les adducteurs et le quadriceps, avec SIGNE DU TABOURET.

- Son examen neurologique est normal.  
- Les clichés rachidiens montrent banalement un pincement arthrosique du disque L5-S1.

- Le scanner rachidien ne présente aucune anomalie.  
- Il n'est pas possible de réaliser, pour des raisons matérielles, un

E.M.G.

- Le LCR est normal.



Le diagnostic retenu est celui d'une

MYOPATHIE PROXIMALE ATYPIQUE

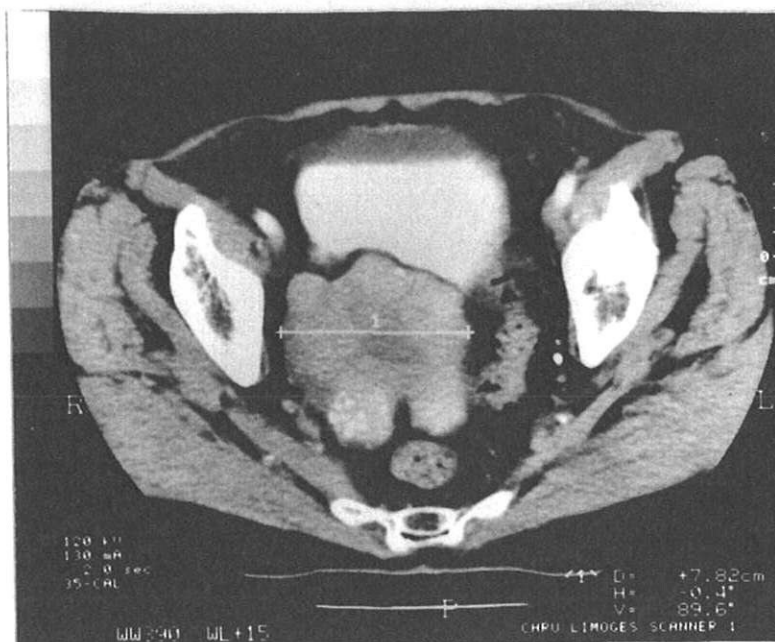
Par principe sont réalisés :

- \* un bilan thyroïdien, normal ;
- \* et des clichés thoraciques, normaux.

La compréhension de ce trouble n'est donc pas évidente et force est donc "d'aller à la pêche".

UNE PISTE SANS ISSUE

Au cours de l'examen complet, on découvre un GROS UTERUS MYOMATEUX CALCIFIE que le scanner, l'hystérosalpingographie et le curetage biopsique (réalisé par principe malgré l'absence de métrorragies) permettent de considérer comme BANAL.



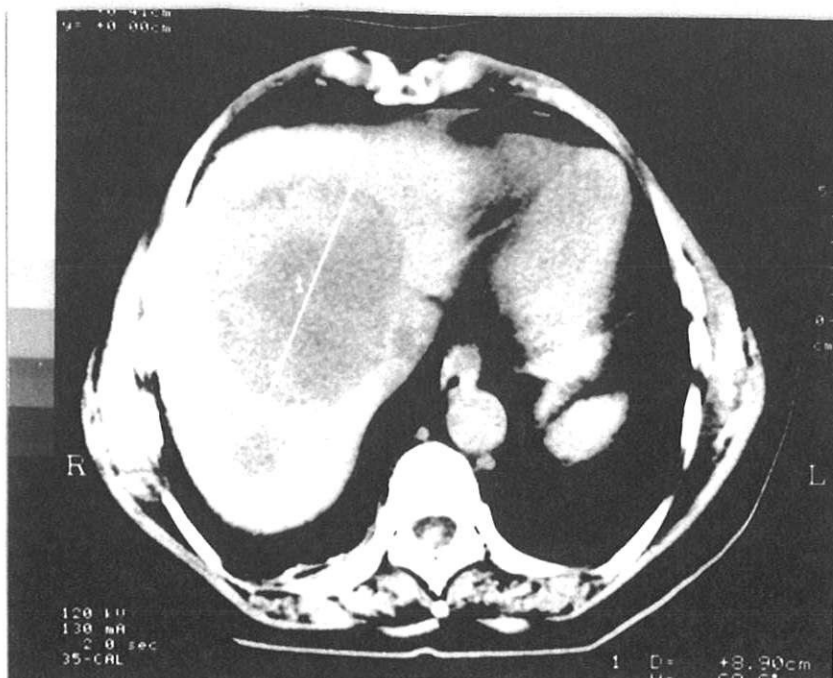
LA SURPRISE (qui se sera pas la seule...)

vient de l'ECHOGRAPHIE HEPATIQUE, réalisée à titre systématique selon les habitudes du Service, où tout malade dont l'examen clinique complet n'a pas fourni la clé du diagnostic reçoit un examen échographique, à son lit, au moyen d'un appareil portable, "regardant" foie, voies biliaires, pancréas, reins et adénopathies éventuelles.

Il existe ici

DES IMAGES METASTATIQUES évidentes

qui vont être confirmées par le SCANNER ABDOMINAL :



A partir de cette découverte,

\* LA RECHERCHE TRADITIONNELLE d'une néoplasie primitive est effectuée :

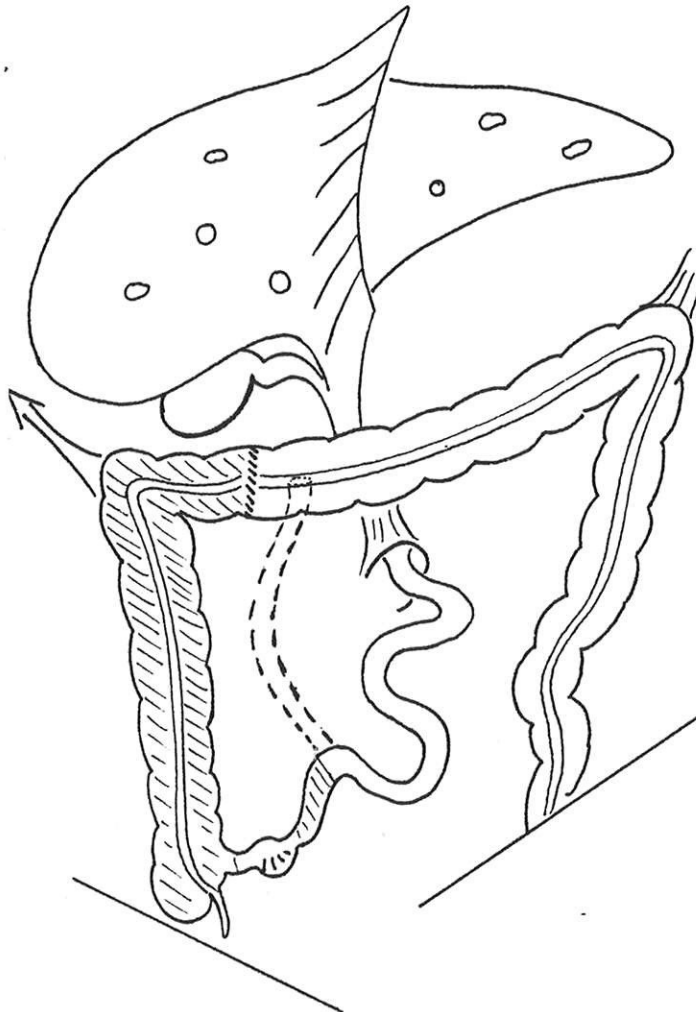
- fibroscopie OGD
  - transit du grêle
  - coloscopie longue
  - mammographie... etc
- mais restera totalement NEGATIVE.

\* UNE COELIOSCOPIE ABDOMINALE est donc décidée : elle ne retrouve AUCUNE ANOMALIE, en dehors des METASTASES HEPATIQUES, bien visibles, mais dont le prélèvement échoue : le tissu hépatique ramené est du foie sain.

\* UNE LAPAROTOMIE apparaît indispensable : elle enlève un NODULE HEPATIQUE et découvre - NOUVELLE SURPRISE

#### UNE TUMEUR ILEALE

- petite, de 1,5 cm de diamètre,
- voisine de la valvule de Bauhin,
- d'où l'intervention réalisée selon le schéma ci-joint (ablation de 20 cm de grêle, colectomie droite, anastomose iléo-transverse).



L'anatomo-pathologie, pour les 2 pièces, est celle

d'une TUMEUR CARCINOÏDE

\* LE BILAN COMPLET, sur le plan biologique, est le suivant :

- à 1,7)
- SEROTONINEMIE à 6,18 micromoles/l (pour une normale inférieure
  - 5 H.I.A. urinaire : normal
  - GASTRINEMIE, INSULINEMIE, V.I.P. : normaux
  - autres dosages hormonaux : normaux.

\* UN TRAITEMENT MEDICAL est entrepris, 2 mois après l'intervention, par

- SOMATOSTATINE
- et CHIMIO-EMBOLISATION avec
  - . ADRIAMYCINE : 75 mg
  - . LIPIODOL : 10 ml

Sont ainsi réalisées 2 séances thérapeutiques :

- la première en juillet 1991
- la deuxième en novembre 1991.

#### L'EVOLUTION

est très satisfaisante puisque, en mars 1992, soit au bout d'un an, la malade

- va bien
- se trouve à son domicile, parfaitement autonome,
- et a vu diminuer très nettement ses images métastatiques hépatiques (vérifiées par échographie et scanner).

#### QU'EST DEVENUE LA MYOPATHIE ?

Curieusement, les nécessités thérapeutiques nées de la découverte du foie secondaire ont fait OUBLIER les doléances musculaires ! Au terme de la 1ère séance de chimiothérapie, elles avaient d'ailleurs à peu près complètement disparu. Un E.M.G. réalisé le 21 février 1992 montre tout de même une atteinte neurogène et musculaire associée, intéressant les 2 quadriceps cruraux : il est difficile de dire s'il faut attribuer cette anomalie à la pathologie carcinoïde ou à la chimiothérapie. La malade se mobilise actuellement d'une manière parfaitement normale.

EN RESUME

---

\* LA "FAUSSE" PISTE a été cette MYOPATHIE PROXIMALE qui, certes, est décrite dans les "circonstances de découverte des tumeurs carcinoïdes" (J.J. BERNIER, Gastro-Entérologie)... mais tout à la fin d'une liste qui est celle-ci :

- I - FLUSHES
- II - DIARRHEE
- III - Atteinte cardiaque
- IV - Manifestations diverses
  - 1 - Bronchospasme
  - 2 - Signes cutanés
    - . syndrome pellagroïde
    - . état sclérodermiforme
  - 3 - Manifestations psychiatriques
  - 4 - Troubles de la tolérance glucidique
  - > 5 - Tableau de myopathie proximale
  - 6 - Arthralgies, arthrites.

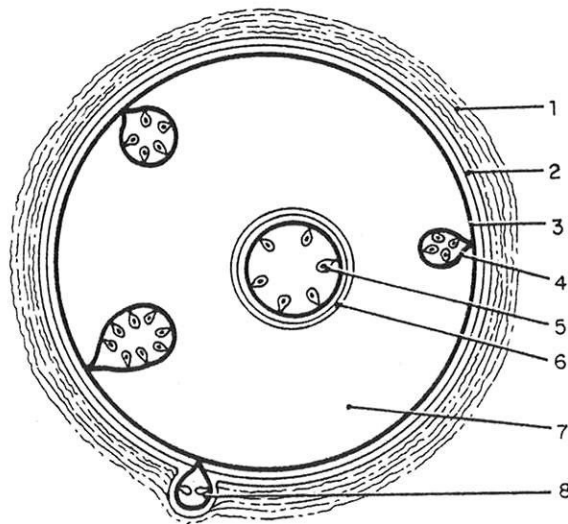
\* LE VRAI DIAGNOSTIC de TUMEUR CARCINOÏDE était bien difficile à imaginer, puisque la malade N'AVAIT AUCUN DES TROUBLES de la liste - en dehors de la rare myopathie : il existe seulement 5 cas, dans la littérature, rapportant l'association myopathie-tumeur carcinoïde - et encore s'agit-il plutôt de tumeurs de localisation médiastinale.

\* LA FAILLE eût été de ne prendre en considération que le seul phénomène myopathique sans lui chercher une cause... mais l'ECHOGRAPHIE veillait !



## UN KYSTE HYDATIQUE

La mauvaise piste d'une colique néphrétique récidivante.



- Structure schématique d'un kyste hydatique. 1 : Adventice. 2 : Cuticule. 3 : Proligère (2 et 3 = membranes parasitaires). 4 : Capsule proligère. 5 : Scolex. 6 : Vésicule fille endogène. 7 : Liquide hydatique. 8 : Vésicule fille exogène en formation.

Monsieur Marcel R... est un maçon de 54 ans dont les antécédents comportent

- un séjour en ALGERIE de 1956 à 1959 en tant que militaire, séjour marqué par des troubles digestifs étiquetés "dysenterie",
- un tabagisme modéré interrompu depuis 3 ans,
- un discret surpoids, une hypertriglycéridémie et une hyperuricémie traitées depuis 2 ans par BEFIZAL et ZYLORIC.

SON HOSPITALISATION a lieu le 12 novembre 1990 en raison d'une série de douleurs abdomino-lombaire DROITES considérées comme des

#### COLIQUES NEPHRETIQUES

- SPASFON
- 1er épisode il y a 8 ans, traité à domicile par des injection I.V. de SPASFON
  - 2ème épisode récent, en juin 1990, ayant donné lieu, au cours d'un bref séjour dans une Clinique, à

\* une ECHOGRAPHIE RENALE normale (le compte-rendu précise que foie, vésicule et pancréas ont été rapidement vus, sans constatation d'anomalies patentes)

\* et une UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE, strictement normale (reins, uretères, vessie), en particulier sans nulle image lithiasique.

- enfin, une nouvelle crise actuelle, peu intense, faite de douleurs sourdes, intermittentes, du flan droit, ne comporte ni irradiation crurale ou génitale ni troubles urinaires.

UN BILAN est rapidement réalisé :

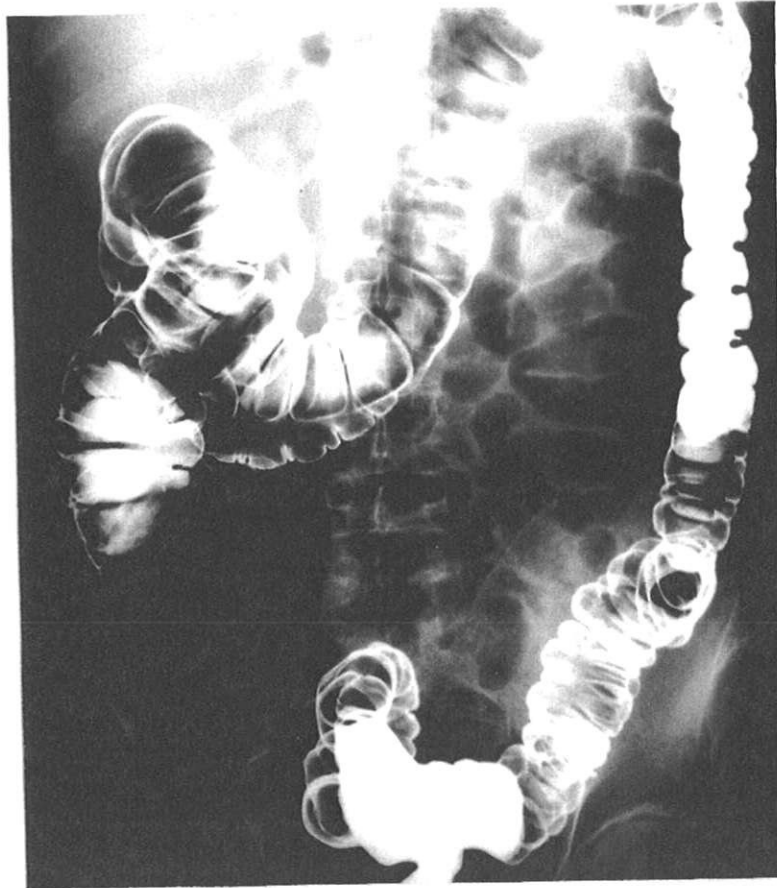
- Il ne montre aucune anomalie biologique : VS, NFS, protéinogramme sont normaux (il n'y a pas d'éosinophilie) ; fonction rénale et uricémie normales ; urines normales (il n'y a pas d'hématurie microscopique) ; bilan hépatique à tous égards normaux.

- L'examen clinique est plutôt en faveur d'une étiologie colique : il n'y a pas d'hépatomégalie, pas de gros rein ni droit ni gauche, mais une sensibilité discrète de l'hypocondre droit et de la FID, sans point douloureux précis.

- Le cliché pulmonaire est normal ; il n'y a aucune image sus-diaphragmatique droite.

- L'A.S.P. est normal.

- UN LAVEMENT BARYTE est réalisé, qui montre un colon normal dans sa partie gauche et transverse mais un mauvais remplissage du caecum,



de sorte que le malade est convoqué, quelques jours plus tard, pour  
une COLOSCOPIE LONGUE de principe.

Les documents de juin 1990 permettent de confirmer l'intégrité de l'appareil urinaire. L'étude chimique des urines est banale.

La parasitologie des selles et la coprologie fonctionnelle ne révèlent pas d'anomalies.

Les clichés rachidiens montrent uniquement un pincement arthrosique L5-S1.

Un traitement antispasmodique simple (DUSPATALIN) est prescrit.

#### LA COLOSCOPIE LONGUE

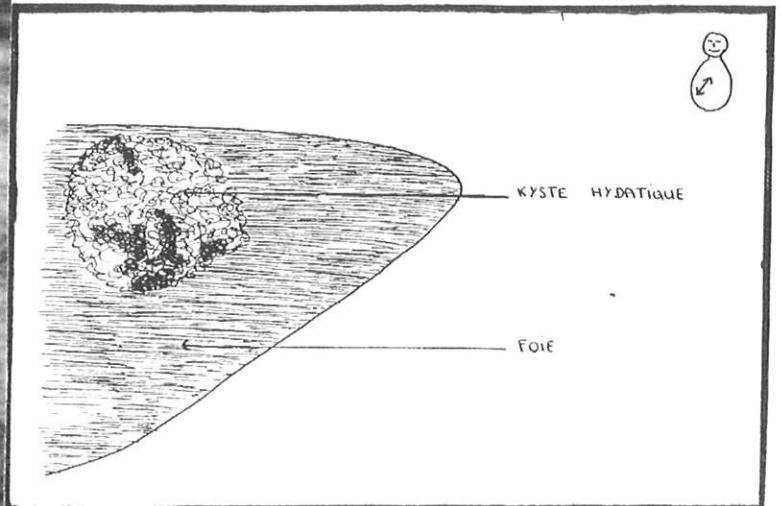
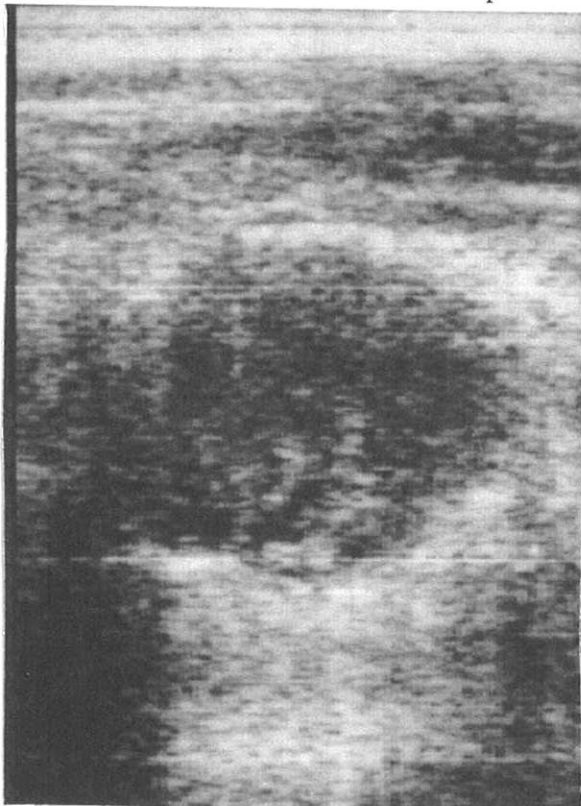
réalisée le 18 novembre 1990 est facile et ne découvre AUCUNE ANOMALIE : le caecum n'est l'objet d'aucun doute.

UNE ECHOGRAPHIE H.B.P.

est réalisée en toute dernière intention, puisque la notion d'une image normale remonte seulement à quelques mois. Elle découvre

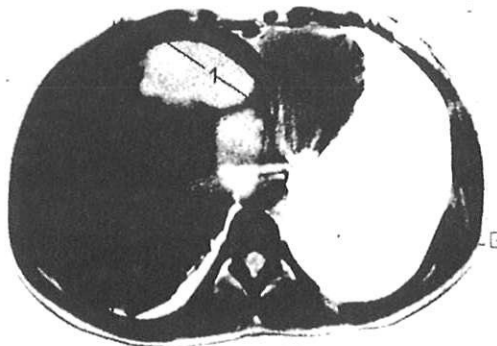
UNE MASSE LIQUIDIENNE  
DANS LE LOBE GAUCHE DU FOIE

- non homogène (particules internes ?)
- de 6 cm de diamètre environ
- à confirmer par un SCANNER.



Celui-ci vérifiera la présence

D'UNE LESION HYPODENSE OVALE  
DU SEGMENT III DU FOIE, de 8 x 6 x 5 cm



- kyste biliaire probable...
- kyste d'une autre étiologie ?
- quoi qu'il en soit, il n'y a pas d'indication à ponctionner ce kyste sous échographie, devant un diagnostic qui n'est nullement établi.

Il reste que :

1 - les douleurs du flanc droit sont mal expliquées jusqu'alors et qu'il y a peut-être là une piste à suivre ;

2 - et que le séjour en ALGERIE, même s'il remonte à une trentaine d'années, doit faire évoquer la possibilité d'un KYSTE HYDATIQUE.

Seront donc réalisés rapidement :

1) tout d'abord une SEROLOGIE DE L'ECHINOCOCCOSE qui s'avère POSITIVE à 1/320 en hémagglutination passive - donc au seuil de la réaction significative. La coélectrosynérèse et l'IEP sont négatives ;

2) selon les principes du Service, un TRANSIT DU GRELE pour ne pas suivre une piste fallacieuse et pour ne pas méconnaître une autre pathologie ;

3) enfin, une LAPAROTOMIE à la date du 21 novembre 1990, par incision bi-sous costale. Le KYSTE est bien visible. Des champs de bordure sont installés sur le péritoine. Le kyste est entouré par des champs humides imbibés d'EAU OXYGENEE à 10 volumes pour protéger la cavité péritonéale.

- Une ponction première du KYSTE ramène un liquide épais, jaunâtre.

- Une incision du dôme saillant du kyste est pratiquée avec repérage des lèvres par des fils tracteurs. Sont injectés dans la cavité 40 ml d'EAU OXYGENEE à 10 volumes, laissés en place 7 minutes puis totalement aspirés. La poche est à nouveau remplie d'EAU OXYGENEE pendant 5 minutes.

- Une PERIKYSTECTOMIE est pratiquée, avec ablation facile du fond de la poche. Plusieurs effractions des canaux biliaires sont suturées par des points en U d'ERCEDEX serti 4/0.

- Enfin, une cholécystectomie est réalisée et un drain de PEDINELLI est mis dans le canal cystique, permettant une OPACIFICATION DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE qui est normale. Une injection de bleu de méthylène permet de visualiser des fuites biliaires qui sont suturées par des points séparés en U d'ERCEDEX. Deux lames de PANGEN sont placées dans le fond de la cavité kystique.

- . Le drain de PEDINELLI sera laissé 10 jours.
- . Les suites opératoires seront simples.

LA CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC sera apportée

1 - Par l'ANATOMO-PATHOLOGIE qui montre un aspect de kyste vieilli à paroi fibreuse revêtue par un enduit fibrino-leucocytaire et dépourvu

d'épithélium (il existe un infiltrat inflammatoire du parenchyme hépatique voisin et une cholécystite chronique en poussée sub-aiguë).

2 - et par l'examen parasitologique du liquide kystique qui trouve

DES CROCHETS DE SCOLEX  
D'ECHINOCOCCUS GRANULOSUS

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était le fait d'un tableau, à dire vrai bâtard, de coliques néphrétiques.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a été obtenu par :

- une étude paraclinique systématique de TOUS les organes du "flanc droit"

- et la bonne lecture des antécédents.

\* L'EVOLUTION est parfaitement favorable.

Une observation identique a été faite en 1980 chez une femme de 27 ans qui avait, dans le post-partum, des épigastralgies. La fibroscopie OGD était normale. C'est l'ASP qui a montré une image splénique ronde calcifiée : il s'agissait d'un kyste hydatique vieilli de la rate qui en occupait la quasi-totalité, ne laissant persister qu'un petit cône sain aux deux extrémités.

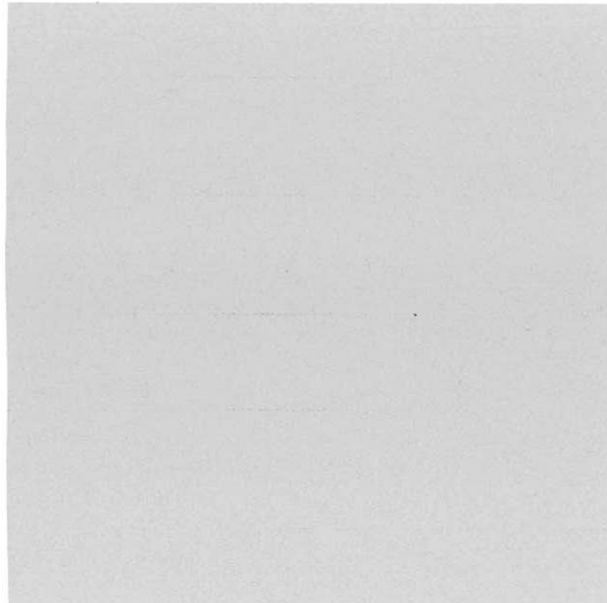
# # # # # # # # # #

L'hydatidose ou échinococcose hydatique est due à la larve d'un taenia du chien : ECHINOCOCCUS GRANULOSUS, parasite asymptomatique de l'intestin du chien qui s'infeste en absorbant des viscères hydatifères de mouton contaminé par de l'herbe souillée d'embryophores. Dans le cycle parasitaire, l'homme est un hôte intermédiaire accidentel en ingérant, au contact de chien parasite, des oeufs qui vont éclore dans l'estomac, libérant des embryons hexacanthés qui franchissent la paroi intestinale et gagnent le foie (70 %) ou d'autres viscères (poumons, rate, reins, os, cerveau) où l'embryon se transforme en larve hydatique, sphère creuse limitée par une membrane externe anhiste et une membrane interne proligère sur laquelle apparaissent des scolex. L'évolution des kystes se fait vers l'augmentation de volume avec risque de compression, fissuration ou rupture responsables de choc anaphylactique et de localisations secondaires. Le traitement curatif est exclusivement chirurgical mais le véritable traitement repose sur la prophylaxie qui doit s'exercer à tous les niveaux de la chaîne épidémiologique.

- 19 -

**UNE HEPATITE TOXIQUE GRAVE**  
**PAR COTRIMOXAZOLE**

Les vertus d'une enquête anamnétique "policière".





Madame Yvonne R... a 68 ans et une santé jusqu'alors à peu près normale quand elle présente, au début de janvier 1991,

#### UN ICTERE

- franc, isolé, sans prodromes, sans le moindre mouvement fébrile,
- CYTOLYTIQUE : TGO à 1600 U, TGP à 1570 U,
- et CHOLESTATIQUE : bilirubinémie à 125 mg, de type mixte, à prédominance de bilirubine conjuguée ; gamma GT, phosphatases alcalines, 5'nucléotidase élevées,
- sans aucun signe d'insuffisance hépato-cellulaire,
- sans notion d'exogénose.

Son médecin traitant réalise un bilan très strict qui permet d'éliminer

\* une étiologie virale (sérologie négative des hépatites A, B et C, de l'EBV, du CMV, de l'Herpès, du Parvovirus B19...)

\* une cirrhose biliaire primitive (protéinogramme banal, recherche négative des anticorps anti-mitochondries...)

\* un lupus induit par le PROPANOLOL, pris depuis un an pour des épisodes tachycardiques étiquetés neurotoniques après une enquête cardiologique complète et un bilan thyroïdien normal (recherche de FAN négative, tableau clinique peu favorable...)

\* une hépatite toxique, le PROPANOLOL ne paraissant pas en cause et aucune autre médication n'étant retrouvée.

Le diagnostic s'oriente vers une

#### ETIOLOGIE LITHIASIQUE

puisque l'ECHOGRAPHIE H.B.P. perçoit une MICROLITHIASE VESICULAIRE... possible - mais non certaine, sans autres anomalies locales.

La malade se refuse à la demande d'un avis chirurgical, car elle ne veut pas croire, bien qu'étant très ictérique, qu'elle a une pathologie suffisamment sévère pour justifier celui-ci.

EN FEVRIER 1991, soit au bout d'un mois, son état clinique et son bilan biologique sont identiques. Une 2ème ECHOGRAPHIE HBP est parfaitement superposable à la précédente.

EN MARS 1991, l'état s'aggrave nettement :

- l'ICTERE s'est accentué, avec une bilirubinémie à 165 mg et une augmentation nette des phosphatases alcalines et de la gamma GT ;
- la CYTOLYSE a diminué : TGO à 700 U, TGP à 630 U ;
- l'AMAIGRISSEMENT est de 6 kilos en 2 mois ;
- un MELENA est apparu, avec anémie à 8 g d'Hb, en rapport avec un ULCERE DU GENU SUPERIUS ;
- il existe une nette HEPATOMEGALIE, sans splénomégalie ni ascite;
- les marqueurs carcinologiques (ACE, alpha FP, CA 19-9) sont négatifs.

Une nouvelle échographie, réalisée par un gastro-entérologue chevronné, NIE L'EXISTENCE D'UNE LITHIASE VESICULAIRE mais ne trouve, comme précédemment, aucune anomalie des voies biliaires ni du pancréas.

\* UNE LAPAROTOMIE EST DECIDEE le 18 mars logiquement. Ses données sont les suivantes :

- GROS FOIE DE CHOLESTASE ---> 2 biopsies centro-parenchymateuses au true-cut et une du bord libre du foie gauche ;
- VESICULE macroscopiquement normale, sans calculs ;
- inflammation diffuse de tout l'abdomen avec un ganglion coeliaque ---> prélèvement de celui-ci ,
- CHOLEDOQUE non dilaté ;
- CHOLECYSTECTOMIE antérograde ;
- CHOLANGIOGRAPHIE par drain de Pedinelli trans-cystique :
  - . cholédoque fin, régulier
  - . bons passages duodénaux
  - . pas de signes de cholangite sclérosante
  - . pas de tumeur oddienne
- présence d'un petit diverticule de MECKEL
- rate normale, pancréas normal,
- aucune tumeur abdominale n'est perçue.

\* L'ANATOMO-PATHOLOGIE révèle, sur tous les prélèvements hépatiques, typiquement

#### UNE HEPATITE AIGUE CHOLESTATIQUE

tandis que

- le ganglion coeliaque est le siège d'une lymphadénite chronique commune
- et la vésicule d'une cholécystite chronique avec un certain degré d'imbibition oedémateuse.

#### DEVANT CETTE CONCLUSION HISTOLOGIQUE

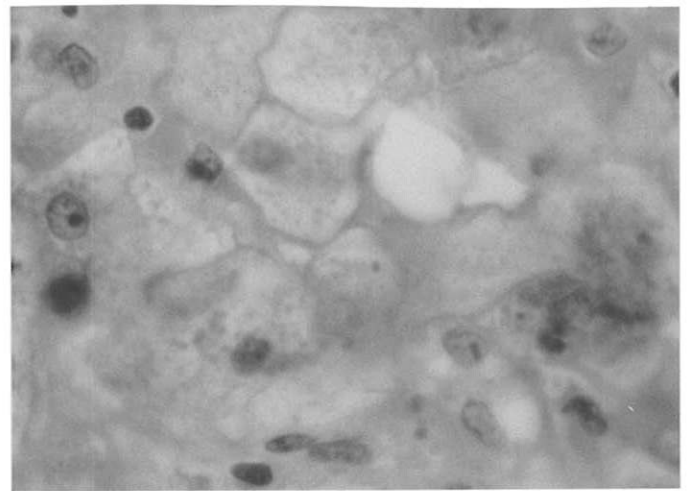
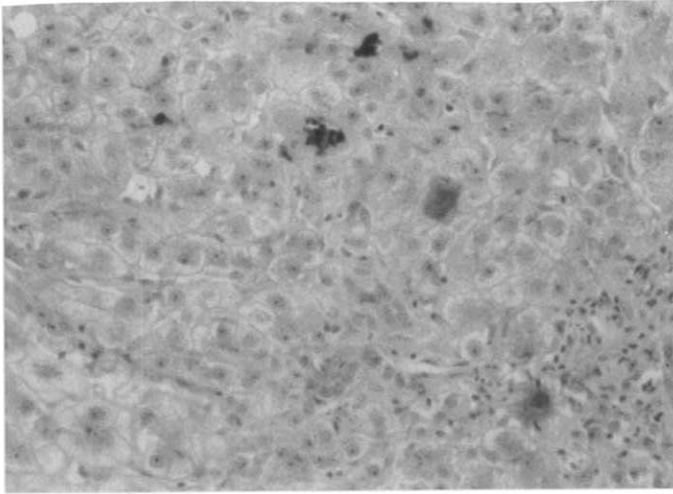
Une enquête anamnétique quasiment policière est reprise auprès de la malade et de sa famille - avec demande des éventuelles ordonnances concernant toutes les prescriptions possibles des mois précédents. Après une recherche de 8 jours, la famille trouve une ordonnance oubliée, accompagnant un ECBU qui montre une INFECTION URINAIRE BASSE (selon les données de l'interrogatoire) et datée de la dernière semaine de décembre 1990 : cette ordonnance comporte uniquement l'indication de

BACTRIM FORTE : 2 comprimés par jour pendant 5 jours.

Le médicament a bien été pris. L'hypothèse alors soulevée est celle d'une

HEPATITE TOXIQUE PAR COTRIMOXAZOLE

- plausible sur la notion de chronologie et les données rares, il est vrai, de la littérature
- confirmée par la lecture des lames anatomo-pathologiques refaite à l'Hôpital BEAUJON à Paris par J.P. BENHAMOU et C. DEGOTT : aspect compatible avec les cas observés par cette équipe médicale.



L'HISTOIRE N'EST PAS FINIE :

En effet, de mars à mai 1991 :

- l'ICTERE se majore, avec une bilirubinémie à 263 mg,  
- tandis que la CYTOLYSE continue à décroître (TGO à 340 U et  
TGP à 320 U)  
- et surtout il apparaît

un ANASARQUE par HYPOALBUMINEMIE à 25 g/litre

qui est traité par des perfusions d'Albumine et une réanimation au  
jour le jour.

Un nouvel avis est demandé téléphoniquement au Professeur J.P.  
BENHAMOU - qui maintient la probabilité du diagnostic et ajoute la notion d'une  
possible évolution longue - un an par exemple - avec guérison vraisemblable.

Effectivement, l'amélioration est progressive de juin à septembre  
1991 et l'on peut parler de guérison en novembre 1991. Revue en mars 1992,  
l'intéressée est en excellente santé, avec une biologie normalisée.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE DE CET ICTERE a été, après élimination de diverses étiologies, celle d'une LITHIASE BILIAIRE, bien que le cholédoque ait toujours eu un aspect normal en échographie. Surtout, l'inquiétude, devant l'aggravation au 2ème mois, a pris en compte l'éventualité d'une CHOLANGITE SCLEROSANTE et surtout d'une PATHOLOGIE TUMORALE - d'où le recours chirurgical.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a nécessité

- une CHIRURGIE, geste lourd mais inéluctable ici,
- l'ANATOMO-PATHOLOGIE permise par l'intervention et non recherchée, sciemment, par une biopsie hépatique transpariétale qui a semblé insuffisante, donc inappropriée, dans le contexte,
- et l'ENQUETE ANAMNESTIQUE très fouillée.

Bien entendu, il n'existe pas de preuve formelle au diagnostic qui a été porté, mais tout de même un assez bon faisceau d'arguments.

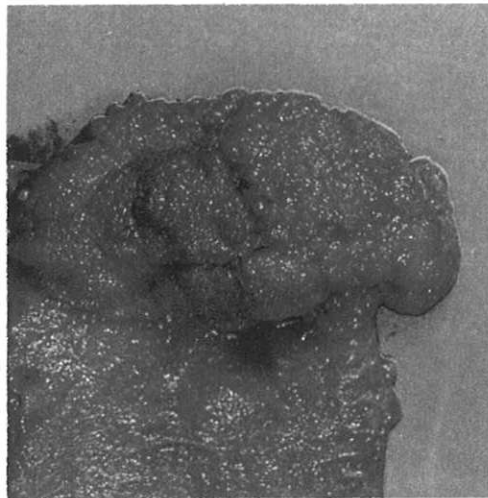
On pourrait brutalement conclure par une formule telle que "5 jours de COTRIMOXAZOLE, 5 mois d'HOSPITALISATION !" - mais la rareté de cette pathologie n'autorise pas cette sentence de mauvais aloi.

# # # # # # # # # #

Les médicaments sont une cause fréquente d'atteinte hépatique et particulièrement chez le sujet âgé où plus de la moitié des hépatites aiguës seraient médicamenteuses. Comme le suggère la diversité des manifestations cliniques et histologiques observées, le mécanisme des lésions n'est pas univoque et deux grands types peuvent être individualisés. Le premier fait intervenir une hépatotoxicité directe liée au médicament lui-même, ou à l'un de ses métabolites. Le second fait appel à une réaction immuno-allergique, dont l'hépatocyte est la cible. Dans les 2 cas, la formation d'un métabolite chimiquement actif apparaît comme l'étape déterminante dans le déclenchement de l'atteinte hépatique. Les médicaments responsables sont nombreux (paracétamol, AINS, androgènes, certains antibiotiques et antituberculeux, antidépresseurs et tranquillisants...) et en cas de problème diagnostique, il ne faut pas hésiter à se référer aux banques de données et aux centres de pharmacovigilance.

## UNE TUMEUR VILLEUSE

Un même effet peut avoir deux causes.



L'histoire en deux temps de Monsieur Mathieu F..., âgé de 76 ans, est intéressante dans la mesure où elle illustre à la fois la polyopathie de la personne âgée et le caractère initialement trompeur du phénomène hypokaliémique constaté dans le bilan d'entrée.

#### PREMIERE HOSPITALISATION

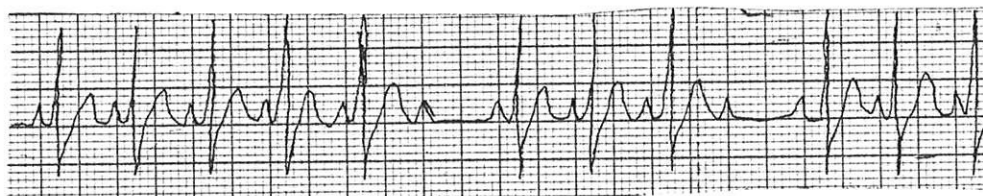
Ce malade est hospitalisé le 8 janvier 1981 pour une pneumopathie aiguë fébrile de survenue brutale. Il est connu de son médecin traitant comme porteur d'une cardiopathie ischémique peu sévère dans son expression douloureuse, mais responsable d'une insuffisance cardiaque gauche modérée traitée depuis longtemps par du Lasilix, à raison d'un comprimé tous les 2 jours sans adjonction de potassium ni contrôle régulier de la kaliémie. En dehors de ce diurétique, Monsieur F... prend 3 gélules par jour de Lénital 2,5 mg et un comprimé quotidien de Séresta 10 mg au coucher ; il ne reçoit aucune médication digitalique.

Son examen clinique et son bilan seront rapidement réalisés ; on retiendra d'emblée 4 éléments :

1 - Il existe une DESHYDRATATION EXTRA-CELLULAIRE DEBUTANTE attestée par un pli cutané sous-claviculaire discret, sans perturbations biologiques correspondantes notables si ce n'est une azotémie à 0,75 g. L'état général est bien conservé. Le psychisme est normal.

2 - La PNEUMOPATHIE INFECTIEUSE est évidente, marquée par  
- son apparition brusque avec douleur thoraco-scapulaire droite,  
- une fièvre à 39°8 et une toux sèche  
- des râles crépitants au sommet du thorax et dans l'aisselle, du côté droit,  
- et une opacité radiologique intéressant le lobe supérieur droit très évocatrice d'une PNEUMONIE a PNEUMOCOQUE, sans cardiomégalie notable.

3 - UN TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE est enregistré : il s'agit d'une tachycardie à 150/minute, qui est une TACHYSYSTOLIE AURICULAIRE 1/1, immédiatement intégrée à l'environnement ionique puisque la biologie révèle :



Tachysystolie : tachycardie auriculaire à 150 conduisant 1/1 avec passages à 2/1.

4 - une HYPOKALIEMIE à 2,2 mEq, sans modifications notables de la natrémie et de la chlorémie, immédiatement attribuée à la prise de Lasilix, d'autant que celle-ci a été augmentée à 1 comprimé par jour depuis 6 jours sans compensation potassique.

Par ailleurs, on constatera la présence de quelques râles fins des 2 bases pulmonaires, l'absence de signes cardiaques droits et d'anomalies veineuses des membres inférieurs, l'absence enfin de signes méningés, de troubles abdominaux et de symptômes urinaires. La créatinine sanguine est à 14 mg/l. la glycémie est normale. Il existe une leucocytose sanguine : 23 100 leucocytes, 82 % de P.N. L'ECBU est normal.

La thérapeutique consistera en :

- une réhydratation par voie veineuse : 2 l de G5/jour avec au total 8 g de ClNa et 8 g de ClK, sous surveillance de la fonction cardiaque qui ne s'altèrera pas;
- et une antibiothérapie par Pénicilline G intraveineuse (5 millions d'U x 3).

L'amélioration sera très rapide avec :

- une restauration du rythme sinusal à 75/mn à la 6ème heure de la perfusion veineuse,
- une défervescence thermique amorcée le 2ème jour et complète le 4ème jour,
- un lever au fauteuil dès le 2ème jour et une reprise normale de l'alimentation et de l'hydratation orales le 3ème jour.

Dès lors, la prise en charge paraîtra correcte devant :

1 - La disparition progressive des anomalies cliniques et biologiques et surtout LA NORMALISATION PERSISTANTE ET CONCOMITANTE

- du rythme cardiaque
- et de la kaliémie (3,9 mEq le lendemain de l'admission)

2 - la CONFIRMATION du rôle du PNEUMOCOQUE dans le syndrome infectieux par sa présence dans 2 hémocultures sur 4 (on n'aura pas recours à une ponction lombaire, en présence d'une transformation spectaculaire du malade au moment où le résultat des hémocultures est annoncé)

3 - la lecture du ionogramme urinaire montrant une kaliurie de 148 mEq/24 heures, donc une probable fuite urinaire du potassium en rapport avec le Lasilix.

Le malade quittera le service le 10ème jour, avec un traitement ambulatoire par Oracilline et Lénital, sans aucune prescription diurétique, puisque l'état cardiaque est satisfaisant. Bien entendu, un examen clinique complet avait permis - du moins pouvait-on le croire - d'être rassuré sur les divers appareils. Il y avait un doute sur la PROSTATE qui, paraissant dure au toucher rectal, fut biopsiée : l'examen anatomo-pathologique révélait un tissu normal dans le prélèvement trans-rectal.



DEUXIEME HOSPITALISATION

LA SURPRISE vint quand, un mois plus tard, Monsieur F... fut réhospitalisé dans le même Service

- toujours avec un état général bien conservé,
- sans aucun incident infectieux,
- mais avec

. un NOUVEL ACCES DE TACHYSYSTOLIE AURICULAIRE 2/1 correspondant à

. une HYPOKALIEMIE à 2,7 mEq, alors qu'il ne RECEVAIT AUCUNE MEDICATION DIURETIQUE, ni d'ailleurs aucun autre remède susceptible d'induire une hypokaliémie. Il n'était pas consommateur de réglisse.

Tout rentra à nouveau dans l'ordre avec une perfusion de potassium. Il restait donc à comprendre cette NOUVELLE HYPOKALIEMIE. Dans ce but,

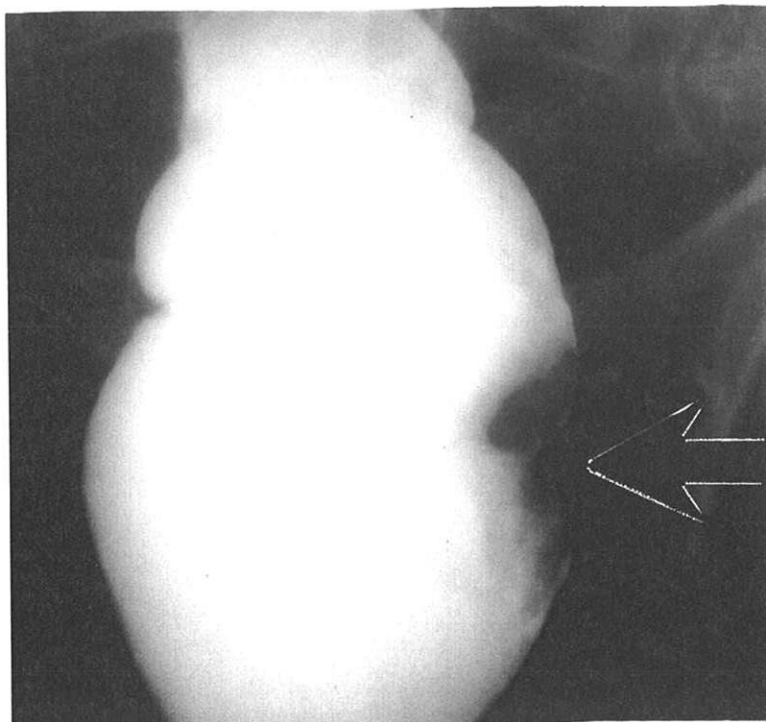
- le dossier antérieur fut relu : une "diarrhée" mal précisée y était signalée, mais discrète et peu fréquente - ce qui n'avait pas conduit à être attentif à une anomalie digestive ;

- la kaliurie fut appréciée : à 40 mEq/24 heures, elle ne signifiait pas apparemment une fuite rénale du potassium ;

- et le toucher rectal refait : la prostate était manifestement néoplasique - mais surtout l'examen, plus minutieux et mieux orienté (on ne trouve que ce que l'on cherche !) - découvrait, à bout de doigt, une MASSE MOLLE IRREGULIERE qui évoquait une

TUMEUR VILLEUSE

\* LE LAVEMENT BARYTE confirmait cette découverte, en montrant des images très significatives à contours irréguliers





\* LA COLOSCOPIE LONGUE voyait la tumeur vilieuse, sans autres anomalies sur le reste du colon.

\* LA BIOPSIE de la tumeur vilieuse fut effectuée rapidement : il n'y avait pas de dégénérescence sur le prélèvement examiné.

#### L'INTERVENTION CHIRURGICALE permet

- une biopsie prostatique d'excellente qualité qui confirma l'existence d'un adénocarcinome à ce niveau,

- et l'exérèse de la tumeur vilieuse par amputation abdomino-périnéale du rectum avec anus iliaque, rendue nécessaire en raison de son volume.

#### COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

##### ---> Examen macroscopique.

La pièce d'amputation abdomino-périnéale mesure 40 cm de long.

Son ouverture montre :

. une tumeur d'aspect vilieux exophytique de 7 cm de diamètre située à 4 cm de la ligne ano-cutanée,

. un petit polype de 0,5 cm de diamètre situé à 18 cm en amont de la tumeur.

La dissection des mésos isole 4 ganglions lymphatiques.

##### ---> Examen microscopique.

###### 1- TUMEUR.

Les végétations sont tapissées par un revêtement épithélial souvent dysplasique ou proliférant.

Aucun aspect invasif n'a été aperçu sur les multiples préparations réalisées.

###### 2 - POLYPE.

POLYPE MUQUEUX de l'intestin d'aspect quiescent, montrant des tubes glandulaires à l'épithélium sécrétant. Ces tubes se disposent dans un chorion discrètement enflammé, sans autre anomalie.

##### ---> Biopsie de prostate.

Fragments colonisés par un ADENOCARCINOME de la prostate.

La prolifération tumorale se montre constituée par des glandes étroites à disposition anarchique. Ces glandes sont revêtues d'un épithélium cylindrique clair proliférant d'aspect dystrophique et s'entourant d'un stroma fibreux simple peu développé.

#### QUATRE ANS PLUS TARD

En janvier 1985, le malade va parfaitement bien. Son état général, physique et psychique, demeure excellent. Sa cardiopathie ischémique est traitée par le même dérivé nitré, associé à un diurétique (Modurétic) et à 1 comprimé quotidien de Coragoxine - avec une surveillance régulière de l'ionogramme qui demeure normal.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était, à l'évidence, la prise de Lasilix considérée comme le seul facteur responsable de l'hypokaliémie. Il faut dire que les troubles ioniques sous diurétiques sont de constatation pluri-hebdomadaire pour des personnes âgées hospitalisées. En outre, lors de la première hospitalisation, l'amélioration rapide de la TACHYSYSTOLIE et de la PNEUMONIE ont engendré un optimisme rapide qui n'incitait guère à d'autres recherches.

\* LA FAILLE a consisté dans la lecture insuffisante du dossier de l'Interne qui signalait une diarrhée épisodique et dans l'imperfection du toucher rectal, mais on sait que les tumeurs villeuses sont molles et fuient sous le doigt.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC, ou tout au moins le diagnostic principal, aurait pu être fait lors de la première hospitalisation - mais... "à chaque jour suffit sa peine"...

- 21 -

UN COMA... D'ORIGINE RECTALE

Une manière originale de révéler une pathologie digestive.



Adénome papillaire formé de nombreuses projections papillaires en forme de doigt de gant et recouvertes d'un épithélium muqueux.

Voici - à nouveau - l'histoire d'une HYPOKALIEMIE et d'une TUMEUR VILLEUSE du rectum, qu'on ne peut pas ne pas conter en raison de sa très singulière originalité.

\* \* \* \*

Monsieur Camille D..., âgé de 65 ans, est hospitalisé le 20 juillet 1983 en raison de troubles sévères, dont on apprendra, par le médecin traitant, qu'ils durent depuis 10 jours :

- une altération profonde de l'état général,
- une confusion mentale progressive,
- et une oligurie sévère qui s'est aggravée en anurie complète depuis 48 heures.

LORS DE SON ADMISSION, il se présente avec

- UN COMA DE STADE I

- \* sans signes neurologiques : ni méningés , ni déficitaires, ni pyramidaux,
- \* sans fièvre,
- \* sans odeur acétonique de l'haleine,

- UNE DESHYDRATATION EXTRA ET INTRA-CELLULAIRE très nette avec pli cutané, hypotonie des globes oculaires,

- UNE ANURIE, effectivement complète : la sonde vésicale recueille quelques gouttes d'urine.

Il est difficile d'obtenir auprès de sa femme des renseignements précis en raison d'une dysharmonie du couple remontant à un an et qui confinait chacun des conjoints à "son" étage de la maison "commune".

On peut simplement savoir qu'il existe :

- un amaigrissement de 10 kg environ,
- des crampes musculaires puis des crises "tétaniques" survenues les 3 jours précédents. On ne possède aucune notion sur la prise éventuelle de médicaments.

La biologie révèle immédiatement, outre une glycémie normale,

1 - UNE INSUFFISANCE RENALE

- \* créatinine : 78 mg/l
- \* urée : 3,06 g/l

2 - UNE HEMOCONCENTRATION

- \* protides : 85 g/l
- \* hématocrite : 56 %
- \* Hb : 17,8 g - 5 300 000 GR - 26 500 GB

3 - DES DESORDRES ELECTROLYTIQUES MAJEURS

- \* natrémie : 106 mEq/l
- \* kaliémie : 2,3 mEq/l
- \* chlorémie : 82 mEq/l

qui prennent d'autant plus d'importance qu'il existe justement une hémococoncentration.

Le malade est donc rapidement réhydraté sur la base de 5 litres/24H de soluté salé physiologique avec 8 g/24H de ClK : on va constater une reprise progressive de la diurèse et, vers la 8ème heure, une restauration de la conscience. L'interrogatoire sera néanmoins quasiment impossible car il s'agit d'un homme hostile, vindicatif, tout au moins au cours de cette première journée.

#### LE 3EME JOUR DE L'HOSPITALISATION,

Un nouvel examen clinique du malade, conditionné par la remarque d'une aide-soignante qui a constaté des tâches très anormales sur ses draps, découvre un

#### ECOULEMENT ANAL GLAIREUX SPONTANE

qui conduira à un toucher rectal - non effectué lors de l'admission, ce qui est bien excusable. L'existence d'une TUMEUR VILLEUSE est évidente, confirmée par l'anuscopie. Le malade demeure opposant à toutes les questions en raison de la présence de sa femme.

Pour ne pas méconnaître une pathologie rénale associée à la tumeur villeuse, il aura une échographie des reins qui est normale, un examen clinique et échographique de la prostate qui est également normal. D'ailleurs, la reprise rapide de la DIURESE et la CORRECTION de l'insuffisance rénale permettront d'ASSURER que la TUMEUR VILLEUSE est seule responsable du tableau pathologique.

#### LE 3 AOUT 1983

Le malade, dont la conscience parfaitement normalisée s'accompagne d'une humeur redevenue "saine", sera opéré : l'exérèse de la tumeur villeuse sera effectuée par voie trans-coccygienne.

#### Compte-rendu opératoire :

"abord par la voie postérieure cheminant dans le pli inter-fessier réséquant le coccyx et la dernière pièce sacrée puis abordant la face postérieure de l'ampoule rectale sur une distance importante. Malgré cela, l'exérèse de la totalité des lésions est très difficile du fait de leur étendue et nécessite l'ablation de toute la muqueuse de l'ampoule rectale jusqu'à la charnière recto-sigmoïdienne et toute la muqueuse du canal anal. L'intervention terminée laisse donc en place une grande surface cruentée, pas trop hémorragique, l'hémostase ayant été faite progressivement par électrocoagulation. Au cours de la dissection on n'a été confronté qu'avec des formations villeuse souples et une muqueuse se décollant facilement de la paroi musculaire. Pas d'aspect macroscopique de malignité. COLOSTOMIE gauche de protection".

#### Le compte-rendu anatomo-pathologique

confirmera les constatations des biopsies. Les suites opératoires seront très simples.

Le malade pourra bénéficier au bout de 16 semaines d'un rétablissement de la continuité colique.

Revu le 13 avril 1985, il est parfaitement guéri. Il a recouvré un psychisme parfaitement normal.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE tenait à l'existence d'un COMA METABOLIQUE dont il était bien difficile, devant l'absence de renseignements anamnestiques, de comprendre l'origine. La prise d'un médicament diurétique était envisagée parmi d'autres étiologies, mais rien ne paraissait évident...

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a tenu à l'intelligence d'une aide-soignante. L'écoulement glaireux - intermittent - n'avait pas été noté au début. A l'inverse, après la restauration psychique amenée par la thérapeutique, le patient a parfaitement décrit ses selles glaireuses abondantes qui l'inquiétaient depuis plusieurs mois - cette inquiétude étant la première raison de sa non-sollicitation d'un examen médical et de l'altération de son humeur.

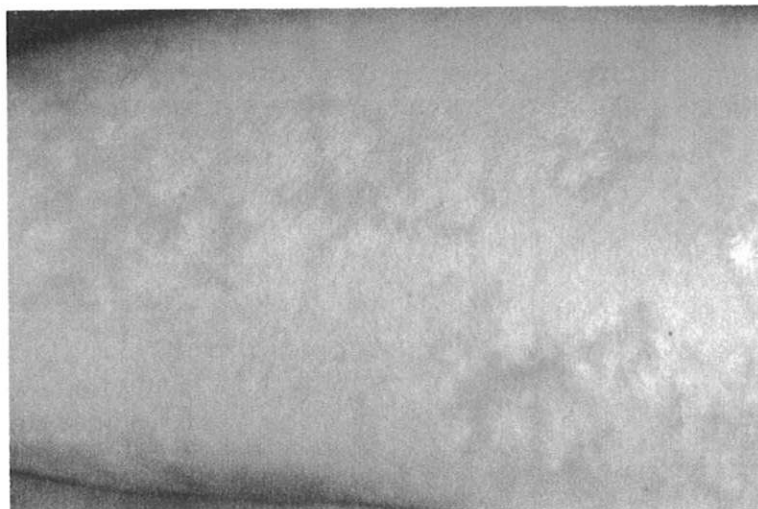
\* IL FAUT AVOUER que ce mode de révélation d'une tumeur villeuse paraît exceptionnel.

# # # # # # # # # # #

Les tumeurs villeuses digestives sont une HYPERPLASIE de l'épithélium glandulaire. Elle sont exceptionnelles sur le duodénum et ont une prédilection pour le colon terminal (95 % - 3 fois plus souvent le rectum que le sigmoïde). Elles représentent 3 % de la totalité des tumeurs coliques. Elles prédominent entre 65 et 75 ans. Le risque de transformation maligne croît avec le volume de la tumeur, dont l'élément fondamental est la VILLOSITE, avec ses cellules sécrétantes dites "à gobelet". Le meilleur symptôme est constitué par l'émission de selles muco-glaireuses semblables à du blanc d'oeuf. Les débâcles liquidiennes peuvent atteindre 1 à 3 litres par jour, avec 80 à 120 mEq de potassium par litre de selles.

## UNE PERIARTERITE NOUEUSE

Quand l'arbre cache la forêt.





Monsieur Roger M... a 51 ans quand, en 1975-1976, il a une succession d'indicents pathologiques

- 1 - une ASTHENIE PROGRESSIVE
- 2 - un EPISODE RHUMATISMAL
- 3 - une INFECTION URINAIRE

qui vont le conduire d'un médecin à un autre, "au coup par coup" avec une amélioration incomplète.

L'ASTHENIE PROGRESSIVE, à la fin de 1975, s'étale sur plusieurs mois, mise sur le compte d'un travail extrêmement important (responsabilités politiques et 2 métiers menés de front). Elle n'entraîne pas cependant la conviction de son épouse, qui est frappée par un AMAIGRISSEMENT récent.

L'EPISODE RHUMATISMAL, au début de janvier 1976, a été documenté . Il s'est agi d'ARTHRALGIES touchant les POIGNETS et les GENOUX, sans fluxion, accompagnées

- d'une VS à 69 mm
- d'un hémogramme normal
- et d'une élévation - à dire vrai non significative - des ASLO (600 U).

Un traitement par ORACILLINE et CORTANCYL a apporté une cédation des algies - sans influencer notablement l'asthénie. On peut en discuter le bien-fondé.

L'INFECTION URINAIRE, à la fin de janvier 1976, traitée en externe, dans un Service Hospitalier, est plus nettement précisée. Le malade a 2 antécédents notables :

1 - UN HYPOSPADIAS opéré dans l'enfance, avec une cicatrice bien visible mais un excellent résultat ; il existe aussi une cicatrice déprimée et rigide de cystostomie ;

2 - LA NOTION D'UN REIN DOUTEUX SUR UNE UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE de 1968, avec une suspicion non étayée de tuberculose (pas de BK dans les urines à de nombreux examens).

Les doléances sont évidentes :

- \* DYSURIE, POLLAKIURIE
- \* URINES TROUBLES

et l'examen clinique aboutit à un diagnostic facile de

PROSTATITE

en raison d'arguments précis :

consultation

- douleur prostatique au T.R.
- antécédents d'hypospadias et probable rétrécissement urétral
- urines purulentes lors de la miction effectuée pendant la

consultation

- fièvre durant depuis une semaine
- dans un contexte de CORTICOTHERAPIE RECENTE.

\* LE LABORATOIRE montre :

- une BACTERIURIE franche à ESCHERICHIA COLI
- une VS à 80 mm, 18 00 leucocytes, 80 % de P.N.
- une fonction rénale normale
- une glycémie normale et une élévation modérée des alpha 2 globulines.

\* UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

de 8 semaines est entrepris qui guérira la prostatite et stérilisera les urines.

\* UNE URO-CYSTOGRAPHIE INTRAVEINEUSE

montre un néphrogramme normal, des uretères normaux et une vessie normale.

\* ULTERIEUREMENT, UNE URETROCYSTOSCOPIE (à distance de l'incident) est, pour l'urologue sollicité, très rassurante : vessie normale, minime rétrécissement urétral post-chirurgical.

\* PLUSIEURS RECHERCHES DE B.K. au cours des 2 mois suivants (les urines étant stériles, sans leucocyturie) sont négatives. L'IDR est banalement positive.

UNE NOUVELLE CONSULTATION, 3 mois après dans le même Service Hospitalier, a pour motifs

1 - LA PERSISTANCE DE L'ASTHENIE, avec une note dépressive indéniable

2 - DES DYSESTHESIES DU BORD EXTERNE DES 2 PIEDS, s'étendant à la face externe de la jambe droite, sans aucune anomalie de l'examen neurologique

3 - DES ARTHRALGIES et DES MYALGIES

4 - UNE FIEVRE INTERMITTENTE à 39°.

Le malade est alors hospitalisé et l'on constate :

- une VS à 90 mm
- 9 800 leucocytes avec 784 éosinophiles
- une élévation des alpha 2 globulines
- l'absence de cellules LE
- la négativité des hémocultures
- le caractère normal des urines.

Il était temps d'effectuer un examen clinique complet... qui permettait de découvrir

#### UN LIVEDO RACEMOSA

- Celui-ci avait échappé jusqu'alors au regard.
- Il va conditionner la pratique

\* d'une BIOPSIE CUTANEE au niveau du livedo (lambeau de 3 cm de longueur et d'une bonne épaisseur) : présence, dans l'hypoderme, de lésions artériolaires intéressant les artères de moyen et petit calibre, infiltrant l'adventice et surtout la média et l'intima : ARTERITE SEGMENTAIRE DE TYPE PANARTERITE.

\* d'une BIOPSIE NEURO-MUSCULAIRE à la face externe de la jambe droite, au niveau d'une zone où siègent les paresthésies :

- . pas d'anomalies artérielles au niveau des vaisseaux musculaires
- . ALTERATIONS AU NIVEAU DES ARTERES DES NERFS TYPIQUES D'UNE

PERIARTERITE NOUEUSE

Le diagnostic est retenu.

Un bilan complet ne montrera aucune autre atteinte, en dehors des symptômes ci-dessus décrits. En particulier, il n'y a

- pas de nodules cutanés hypodermiques, pas de zones de nécrose
- pas de troubles de la sensibilité objective ni des ROT
- pas d'acrosyndrome
- pas d'anomalies pulmonaires, rénales, cardiaques, digestives
- pas d'anomalies au F.O. ni à l'EEG...
- la sérologie de l'Hépatite B est négative.

Le traitement a consisté en

- SOLUPRED (1/2 mg/kg)
- QUINERCYL (3 comprimés par jour)

apportant une amélioration rapide. Il a été maintenu pendant 4 ans.

Une interruption progressive de la CORTICOTHERAPIE par le médecin traitant a alors amené une réapparition de diverses ARTHRALGIES et de l'ASTHENIE, avec une reprise du syndrome inflammatoire. Le traitement par SOLUPRED seul a été continué, à la dose de 30 mg/jour (poids du malade : 60 kg) et maintenu ensuite à une posologie inférieure.

L'EVOLUTION

a été satisfaisante puisque

- les arthralgies, l'asthénie, les paresthésies n'ont pas récidivé,
- le livedo racemosa a persisté, mais très atténué
- il existe cependant, depuis 1986

UN RETRECISSEMENT AORTIQUE CALCIFIE  
AVEC CARDIOMYOPATHIE HYPERTROPHIQUE

et troubles rythmiques supra-ventriculaires nécessitant la prise de SERECOR (2 gélules par jour). Il n'est pas certain ni exclu que cette cardiopathie soit à intégrer dans la PAN.

- depuis 1986, la CORTICOTHERAPIE est donnée à la dose de 2,5 mg/jour de SOLUPRED.

- Pour mémoire, le rétrécissement urétral à nécessité, en 1987, une dilatation à la sonde n°20, sans incidents ni infection.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE a été la PROSTATITE, compréhensible chez un malade porteur d'un rétrécissement urétral et corticothérapé sans vraie raison, initialement. Cette piste urologique avait pris toute la scène...

\* LE VRAI DIAGNOSTIC aurait pu être fait plus tôt, en oubliant l'INCIDENT urinaire épisodique et en réunissant

- l'ASTHENIE
- l'AMAIGRISSEMENT
- la FIEVRE intermittente
- les ARTHRALGIES
- la NEUROPATHIE SENSITIVE
- le LIVEDO RACEMOSA
- et le SYNDROME INFLAMMATOIRE avec HYPEREOSINOPHILIE

qui constituaient ensemble un beau faisceau d'arguments.

\* LA FAILLE réside indubitablement dans le caractère initialement INCOMPLET DE L'EXAMEN CLINIQUE.

#####

La périartérite noueuse systémique ou PANARTERITE est l'angéite nécrosante la plus anciennement décrite (1866 par KUSSMAUL) atteignant les artères de petit et moyen calibre. On la rencontre à tout âge surtout entre 40 et 60 ans sans prédominance du sexe. La lésion élémentaire est la nécrose fibrinoïde de la paroi des vaisseaux avec granulome inflammatoire périvasculaire et cicatrice fibreuse. La clinique se caractérise par son polymorphisme, avec poussées successives associant AEG, fièvre, arthralgies, multinévrites sensitivo-motrices distales, atteintes cutanées (purpura infiltré, livedo racemosa ou reticularis, nodules, ulcération), atteintes rénale, pulmonaire (asthme, infiltrats), cardiaque, urogénitale, oculaire et digestive. Sont retrouvés dans 50 % des cas des complexes immuns circulants (responsabilité dans la pathogénie de la maladie ?) et dans 45% des cas un antigène HBS. La corticothérapie reste le traitement essentiel.

## UN MYELOME A SURPRISES

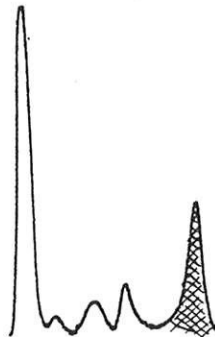
Etonnement sur une leucopénie.



La superposition de deux pathologies sévères est un piège particulièrement difficile, surtout quand il s'agit d'une association pathologique tout à fait EXCEPTIONNELLE.

\* \* \* \*

L'histoire de Madame Lucienne S... commence en 1978. Il s'agit d'une cultivatrice qui a alors 49 ans et pèse 63 kilos. Elle a mené à bien 3 grossesses normales et n'a aucun antécédent digne d'intérêt. Un bilan biologique effectué par la Caisse d'Assurance Agricole découvre fortuitement une VS à 102 mm et une électrophorèse des protéines montrant un pic monoclonal de gammaglobulines.



- protides	67 g
- albumine	46 % - 30,80 g/l
- globulines	
alpha 1	5 % - 3,30 g
alpha 2	10,5 % - 7 g
bêta	10,5 % - 7 g
gamma	28 % - 18,90 g

Le diagnostic est rapidement fait, deux semaines plus tard,

d'un

MYELOME à IgG Kappa  
de masse tumorale II

- \* hémoglobuline à 11,7 g/100 ml
- \* calcémie normale
- \* taux d'IgG de 20 g/l (avec IgA et IgM normales)
- \* protéinurie de Bence-Jones Kappa à 0,11 g/l
- \* MAIS présence d'une lacune osseuse de la voûte crânienne et de plusieurs lésions ostéolytiques des 2 clavicules.

Il faut aussi noter

- une plasmocytose médullaire de 7 % ;
- la présence d'une cryoglobuline (500 g/ml) composée d'IgG monoclonale et de lipoprotéines de mobilité électrophorétique rapide ;
- et l'existence de XANTHOMES PLANS localisés aux paupières, aux aisselles et aux plis inguinaux. La biopsie de l'un d'eux confirme le diagnostic de xanthome. Le bilan lipidique est normal. La mise en évidence dans la cryoglobuline de l'immunoglobuline monoclonale et de lipoprotéines suggère un lien entre le myélome et les xanthomes bien que, sur le tracé de l'électrophorèse standard, l'immunoglobuline monoclonale ne soit pas soudanophile.

Calcémie et créatinine sont normales.

CE MYELOME EST TOTALEMENT ASYMPTOMATIQUE.

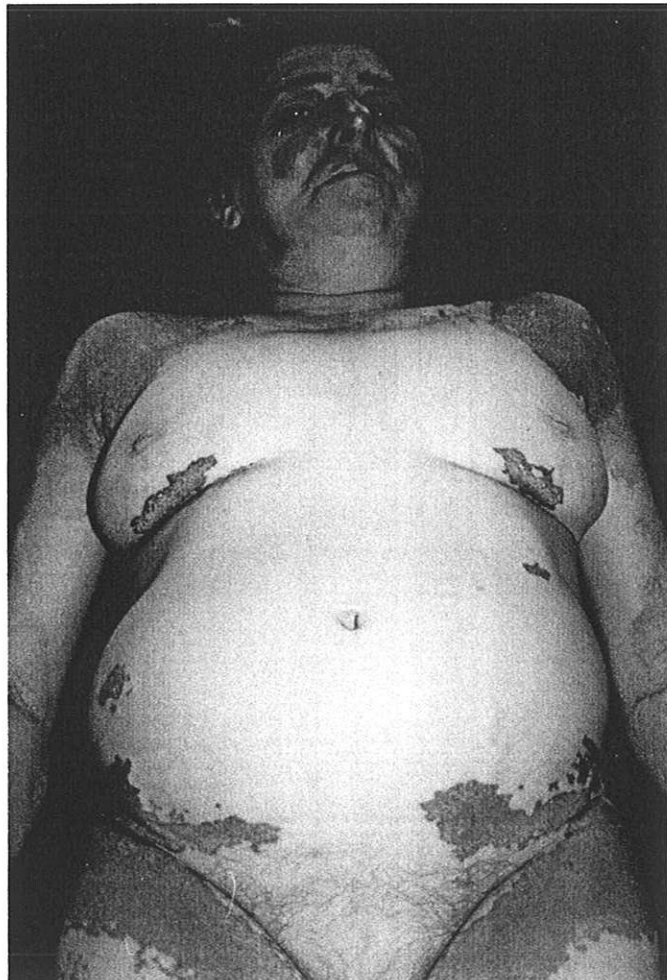
Il est traité par

MELPHALAN (15 mg/jour) + PREDNISONE (90 mg/jour)

- en cure mensuelle de 4 jours  
- mais il n'y aura que 2 cures... la malade se refusant à poursuivre une thérapeutique dont elle ne comprend pas l'intérêt et qui la contraint à de déplaisantes prises de sang.

ELLE EST DONC PERDUE DE VUE JUSQU'EN JANVIER 1980

A cette époque, le myélome demeure asymptomatique, mais les XANTHOMES se sont beaucoup étendus :



- La biologie est parfaitement superposable à celle de 1978.  
- L'inquiétude née, pour la malade, de cette modification corporelle, lui fait accepter

10 CURES DE MELPHALAN-PREDNISONE



\* En octobre 1980, un nouveau bilan est effectué :

- les clichés du squelette demeurent semblables,
- le taux de la protéine myélomateuse est de 25 g/l,
- la plasmocytose médullaire est de 10 % sur le myélogramme,
- la calcémie et la créatinine sont normales.

Ce qui traduit l'absence d'amélioration (comme d'ailleurs d'aggravation) du MYELOME.

MAIS il existe :

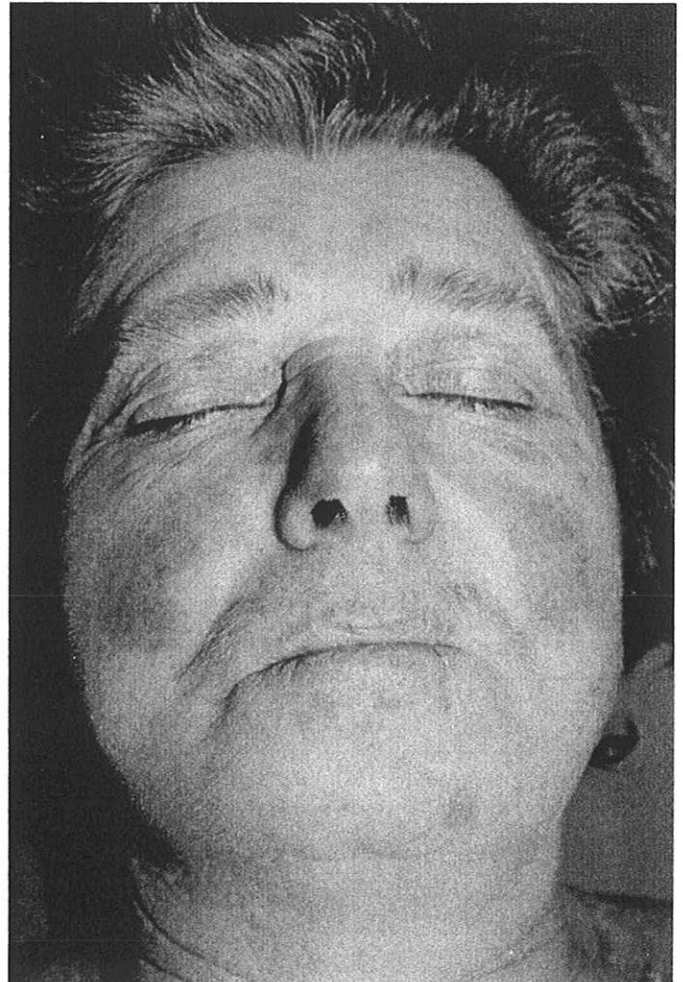
\* UNE THROMBOPENIE à 65 000 d'origine centrale, les mégacaryocytes étant rares dans une MOELLE par ailleurs riche

\* et une LEUCOPENIE à 1700 qui ne paraît être en aucun cas d'origine centrale.

Il est difficile de comprendre la réunion de ces 2 faits - et l'on évoque l'éventuelle responsabilité (au moins pour la thrombopénie) de la chimiothérapie.

LE TROUBLE DU MEDECIN est encore plus grand quand apparaissent, en novembre 1980, tandis que les anomalies de la VS et des protéines sont stables, strictement identiques, 3 faits nouveaux :

1 - UN ERYTHEME FACIAL en ailes de papillon, discrètement squameux



et aussi une alopecie en plaques.

2 - DES ARTHRALGIES sans fluxion touchant les 2 épaules, les 2 poignets et les 2 genoux, à prédominance nocturne, très gênantes mais ne s'accompagnant d'aucune anomalie osseuse radiologique.

3 - L'ACCENTUATION DE LA LEUCOPENIE (1200 avec 48 % de P.N.) - tandis que la thrombopénie s'est corrigée (200 000 plaquettes). Cette leucopénie est périphérique : le moelle est riche en éléments granuleux.

Ces 3 éléments ne sont pas faciles à intégrer dans le contexte myélomateux : ils suggèrent de rechercher, en supplément

4 - LE FACTEUR ANTINUCLEAIRE :

positivité au 1/160 (fluorescence homogène et mouchetée).

Des anomalies du complément (CH50 = 42,8 unités, H50, C4 14 %, C3 58 %) sont vraisemblablement en rapport avec la présence d'une cryoglobuline. Le test de COOMBS direct est négatif. La recherche d'un anticoagulant circulant est négative. La recherche d'anticorps anti-DNA natif par le test de FARR est négative.

L'existence donc de 4 critères de l'A.R.A. conduit à émettre le diagnostic possible de

LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ

malgré l'absence d'anticorps anti-DNA natif - mais on sait que 80 % seulement des L.E.D. comportent la présence de ce type d'anticorps.

Le Professeur Maxime SELIGMANN (Hôpital Saint Louis - Paris), qui avait vu la malade en 1978, est tout à fait favorable à ce diagnostic de L.E.D. à manifestations essentiellement articulaires et cutanées. Il conseille une modification thérapeutique :

\* Pour le myélome :

- VINCRISTINE - ENDOXAN - PREDNISONE (60 mg/m<sup>2</sup>) en cure mensuelle

\* Pour le L.E.D. :

- PREDNISONE, 15 mg/jour entre les cures  
- et PLAQUENIL (2 comprimés par jour en permanence).

Ce traitement sera appliqué rigoureusement

- 6 cures de chimiothérapie seront faites  
- et le traitement lupique maintenu en permanence.

EN 1981 ET 1982 on peut constater l'amélioration très significative du LUPUS. Dans le même temps

- si l'on ne retrouve plus la présence de F.A.N.
- le myélome est absolument inchangé : ni amendé ni aggravé,
  - \* VS toujours supérieure à 100
  - \* même taux d'IgG
  - \* mêmes images osseuses
  - \* stabilité de la calcémie, de la créatinine, de l'Hb

- et la LEUCOPENIE persiste constamment entre 1500 et 2000 leucocytes, avec un myélogramme stable (12 % de plasmocytes atypiques, éléments granuleux normaux). Une culture de moelle n'ajoute aucun élément intéressant.

- il apparaît une HEPATOMEGALIE modérée, confirmée par l'échographie, qui n'apporte pas d'éléments particuliers, et une INSUFFISANCE AORTIQUE bien tolérée.

EN 1983 ET 1984

L'état clinique est excellent. Le MYELOME, qui ne reçoit aucun traitement, est toujours semblable à lui-même... L'hépatomégalie persiste identiquement : personne n'ose en faire une biopsie. Le LUPUS est traité de la même manière et demeure quiescent. La LEUCOPENIE est la même.

DE 1985 à 1987

La situation est rigoureusement semblable. La malade vaque à ses travaux de cultivatrice sans incidents - en modérant toutefois ses efforts.

EN 1987, la LEUCOPENIE - périphérique - est entre 1500 et 1800, le MYELOME n'évolue pas, le LUPUS non plus. Aussi, la malade décide-t-elle d'interrompre tout traitement. C'est alors qu'apparaissent :

- un nouveau masque lupique
- de multiples arthralgies
- et une majoration de la leucopénie (1100 - 1000)

amenant à reprendre une thérapeutique par PLAQUENIL et SOLUPRED (1 mg/kg) avec une baisse progressive à 20 mg/jour - dose qui ne pourra plus être modifiée, toute tentative de diminution se soldant par une résurgence des arthralgies.

A la fin de l'année, alors que la leucopénie est à 1200, survient une

**SEPTICEMIE à STREPTOCOQUE BOVIS**

- d'origine dentaire
- qui guérira parfaitement sans greffe cardiaque
- les leucocytes s'étant élevés temporairement à 4000 pour redescendre à leur chiffre habituel.

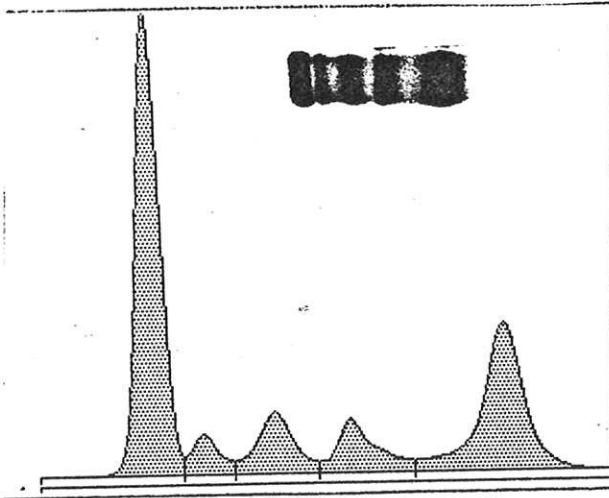
LES ANNEES SUIVANTES

n'ont apporté aucun désordre nouveau - si ce n'est une OSTEOPOROSE cortisonique, qui est traitée et ne se montre pas d'évolution péjorative. Le traitement reste le même (SOLUPRED 20 mg et PLAQUENIL).

EN 1992

L'état demeurant constant, un contrôle biologique minimal est assuré tous les 2 mois... et la "vie continue", avec les notions suivantes :

- \* L'évolution est actuellement de 14 ans !
- \* La leucopénie semble bien appartenir au LUPUS
- \* Il s'agit vraisemblablement d'un "SMOLDERING MYELOMA" où il ne faut pas attribuer à la médecine ce qui appartient au génie évolutif propre de la maladie.



HEMATIES (nombre par mm <sup>3</sup> ).....	3620000
HEMATOCRITE (%).....	32
HEMOGLOBINE (gr p. 100ml).....	10,40
CCMH (%).....	33
TGM (ng).....	29
VGM (microns cube).....	88
LEUCOCYTES (nombre par mm <sup>3</sup> )....	1700
Polynucléaires Neutrophiles.....	45
" Eosinophiles.....	1
" Basophiles.....	1
Lymphocytes.....	41
Monocytes.....	12
Fares erythroblastes acidophiles	
PLAQUETTES (nombre par mm <sup>3</sup> ).....	113000

EN RESUME

---

Cette observation a été rapportée pour 2 raisons :

- 1) LE CARACTERE EXCEPTIONNEL de l'association MYELOME-LED
- 2) LA FAUSSE PISTE fomentée en 1980 par la leucopénie dans le double contexte du MYELOME et de la chimiothérapie (et comment évoquer aisément une maladie qui n'est pas si fréquente au milieu de l'évolution d'un myélome qui comportait à lui seul un pronostic peu encourageant ?)
- 3) LE VRAI DIAGNOSTIC DE LUPUS associé a tenu surtout à l'ASPECT du VISAGE, qui n'avait "rien à faire" dans ce MYELOME, fût-il corticothérapé.
- 4) LA LEUCOPENIE demeure, quoi qu'il en soit, étonnante... et les hématologistes de Saint-Louis restent intrigués devant cette histoire.

#####

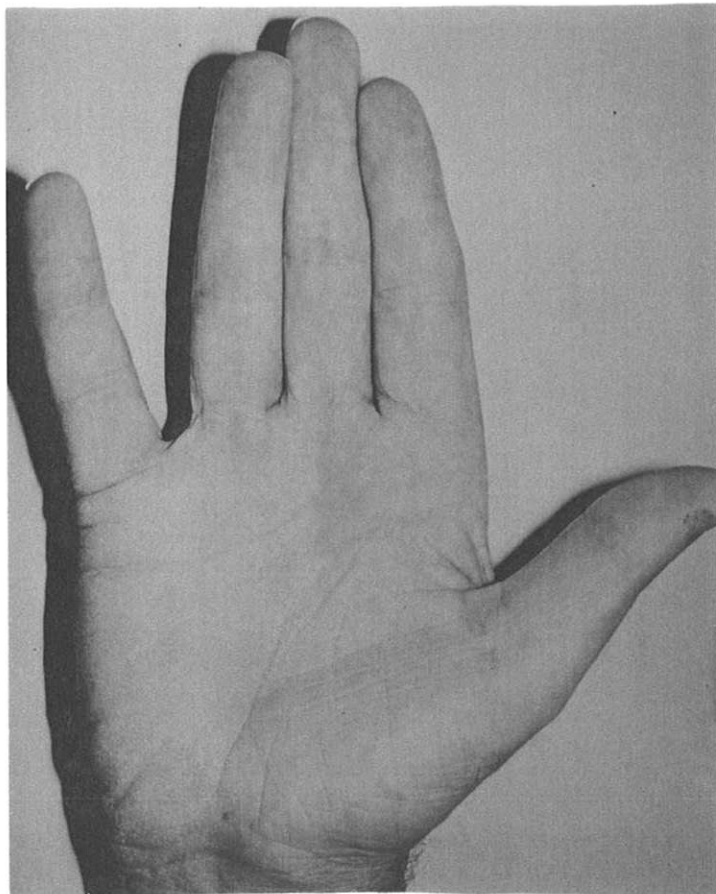
La maladie lupique est une affection chronique qui apparaît aujourd'hui fréquente et bénigne (Pr GODEAU) représentant un modèle de pathologie auto-immune. Un effort important est consacré à l'identification et à la caractérisation des facteurs génétiques. Elle associe des manifestations polymorphes à la présence quasi constante (95 %) d'anticorps antinucléaires (non spécifiques). Les anticorps anti-DNA et anti-Sm semblent plus spécifiques mais sont inconstants. La survie à 10 ans est actuellement supérieure à 80 % au prix d'une surveillance régulière et de complications iatrogéniques croissantes.

Le myélome multiple ou maladie de KAHLER est caractérisé par une prolifération anarchique maligne de plasmocytes dans la moelle osseuse mais aussi dans d'autres viscères. Cette prolifération s'accompagne d'une sécrétion anormale d'immunoglobulines. C'est une affection fréquente entre 40 et 70 ans avec prédominance masculine. L'étiologie est inconnue.

L'association de ces 2 maladies est extrêmement rare : moins de 40 cas sont décrits dans la littérature.

## UNE MALADIE DE STEINERT

Une profession à risque n'implique pas l'obligation de ce risque.



Amyotrophie de l'éminence thénar.

On ne peut nier que Monsieur Clément P..., âgé de 55 ans, ait une CARDIOPATHIE sévère, dont la prise en charge est parfaitement adaptée aux conséquences qu'elle engendre. Ce qui, en revanche, n'est pas exact c'est le DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : en effet, la profession de ce malade - il est le tenancier d'un bar - a longuement évoqué la probabilité d'une CARDIOMYOPATHIE NON OBSTRUCTIVE (CMNO) EXOGENE, alors que son examen clinique plaide sans ambages pour une

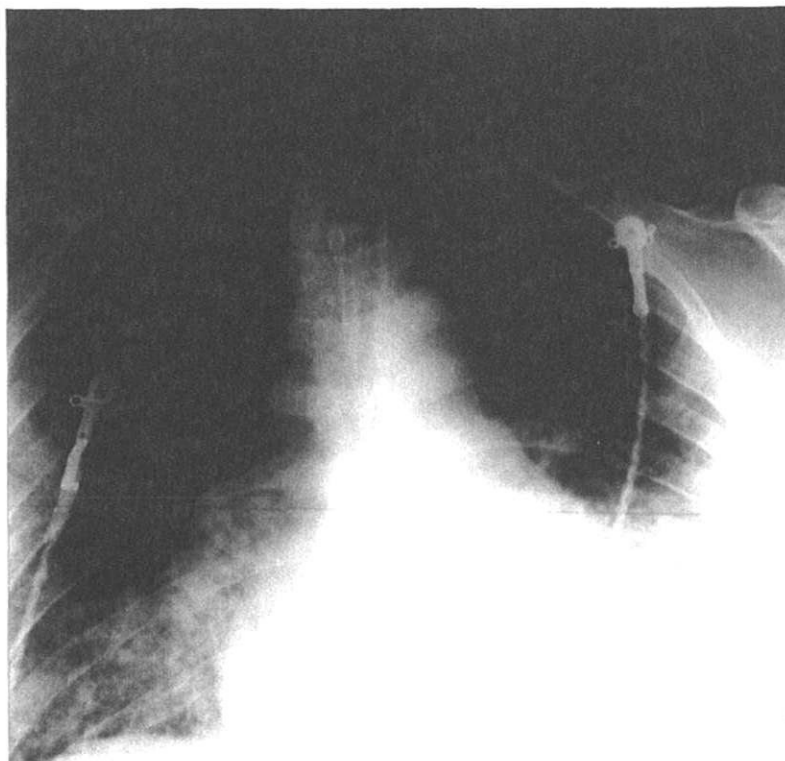
MALADIE DE STEINERT  
ou DYSTROPHIE MYOTONIQUE

dont on sait qu'elle détermine, au niveau du coeur, une FIBROSE HISTOLOGIQUE, INTERSTITIELLE, touchant les voies de conduction, avec un pronostic très défavorable.

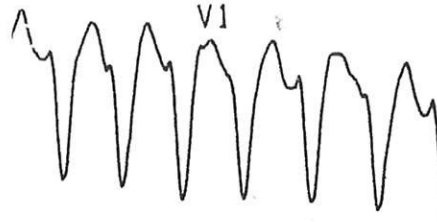
\* \* \* \*

CE MALADE, donc, qui est propriétaire d'un café et dont la famille et la clientèle ont remarqué le déclin progressif depuis plusieurs années, est suivi sur le plan cardiologique depuis 18 mois : l'existence d'une CARDIOMEGALIE, de signes d'insuffisance cardiaque et d'altérations électrocardiographiques non précisées dans la lettre d'hospitalisation a été mise sur le compte d'une possible CMNO éthylique. Il est hospitalisé pour la première fois à la date du 18 septembre 1987 avec

- 1 - UN O.A.P.  
cliniquement évident et bien visible sur le cliché thoracique,
- 2 - UNE CARDIOMEGALIE IMPORTANTE



3 - et une FIBRILLATION AURICULAIRE SUR BLOC DE BRANCHE GAUCHE COMPLET.

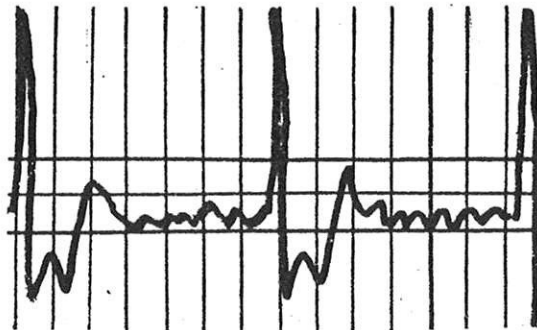


Sa prise en charge consiste en :

- FUROSEMIDE I.V., LENTRAL I.V., HEPARINE I.V.,
- DOPAMINE et DOBUTREX jusqu'au 30 septembre,
- CORDARONE I.V. puis per os,
- DIGOXINE

L'amélioration est progressive - mais le 6 octobre, sans que l'on puisse exclure une participation iatrogène dans cette évolution, il constitue

UN BLOC AURICULO-VENTRICULAIRE COMPLET  
sur fibrillation auriculaire :



On voit très clairement sur l'ECG l'aspect de fibrillation auriculaire, le bloc AV étant caractérisé par l'équidistance des complexes ventriculaires avec un rythme ventriculaire à 45 par minute.

L'IMPLANTATION D'UN PACE MAKER

s'avère donc indispensable, et pour l'amélioration immédiate et pour la prise en charge thérapeutique ultérieure : elle est réalisée ce même jour.



UN DOUTE IMPORTANT se manifeste, au cours de l'hospitalisation, quant à une étiologie éthylique, car

d'exogénose,

- l'aspect du malade ne comporte aucun stigmate clinique
- la famille confirme l'absence d'intempérance,
- le VGM est à 90 u<sup>3</sup>, la gamma GT à 20 U.

A L'INVERSE,

L'ASPECT CLINIQUE EST EVOCATEUR

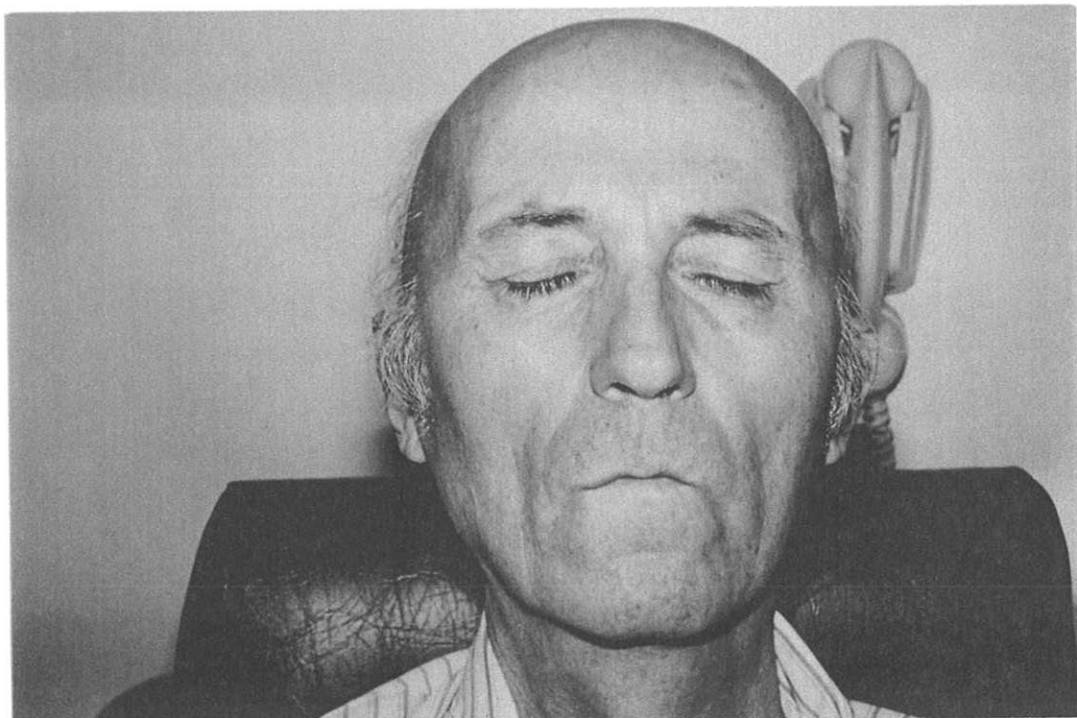
D'UNE MALADIE DE STEINERT

En effet,

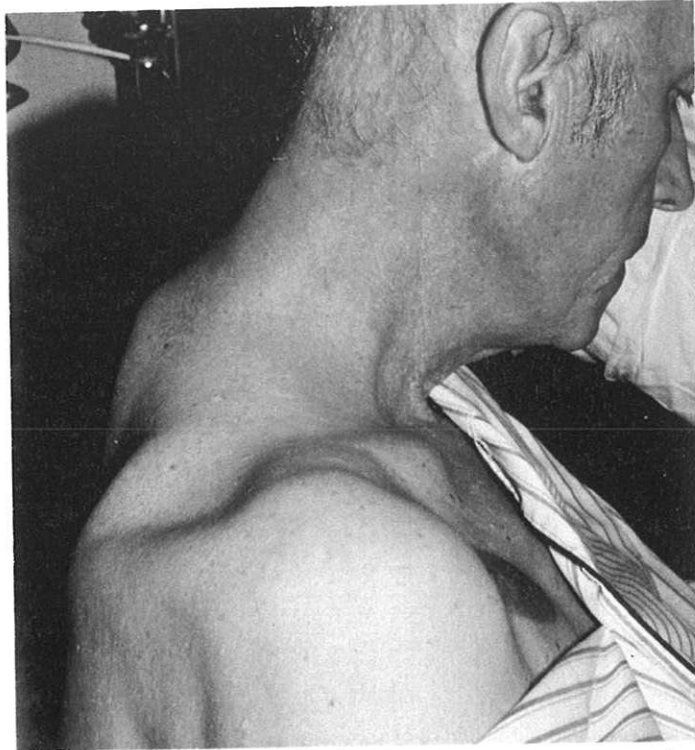
1 - UNE AMYOTROPHIE TRES ETENDUE est évidente

\* au niveau de la FACE, touchant

- les muscles temporaux, les masséters
- les peauciers de la face, avec l'aspect inexpressif habituel
- et déterminant un ptosis bilatéral



- \* au niveau du COU, sur les sterno-cléido-mastoïdiens ;
- \* au niveau des MUSCLES PARAVERTÉBRAUX, creusant les fosses sus-épineuses :



- \* au niveau des MAINS, sur les éminences thénars,
- \* au niveau des MEMBRES INFÉRIEURS, avec atteinte des 2 quadriceps cruraux et de la loge antéro-externe des 2 jambes. Le steppage sera net quand le malade pourra se lever.

## 2 - LA PLUPART DES AUTRES SIGNES SONT PRÉSENTS

- MYOTONIE de percussion au niveau des avant-bras,
  - abolition des R.O.T. au niveau des membres supérieurs,
  - ALOPECIE,
  - CATARACTE bilatérale,
  - voix nasonnée monotone,
  - PALAIS ogival,
  - ATROPHIE TESTICULAIRE et impuissance ;
- et, par ailleurs,
- enzymes musculaires normaux (CPK, aldolase), ce qui est habituel,
  - hormonémies thyroïdiennes normales,
  - baisse du taux des IgG

avec, enfin, à L'ELECTROMYOGRAMME  
un tracé de type MYOGENE comportant des "AVERSES MYOTONIQUES".

C'est dans ce contexte de DYSTROPHIE MYOTONIQUE qu'il faut donc intégrer la cardiopathie : on connaît les troubles rythmiques et conductifs propres à cette maladie, en particulier les blocs auriculo-ventriculaires de degrés divers, les accidents paroxystiques de type ADAMS-STOKES, les morts subites et la fréquente nécessité d'implanter un pace-maker.

Sans doute la prise en charge n'aurait-elle pas pâti de la méconnaissance du DIAGNOSTIC = il n'y avait pas d'autres choix à faire et le malade s'est considérablement amélioré au cours des semaines et des mois suivants.

Mais le PRONOSTIC est, en matière de MALADIE DE STEINERT, particulièrement SOMBRE, surtout quand il existe une symptomatologie aussi fournie. Il est connu que beaucoup de ces malades ne dépassent par la cinquantaine. L'anamnèse a montré qu'une ASTHENIE existait ici depuis environ 5 ans et que la diminution de la force musculaire remontait à 2 ans, l'amyotrophie s'étant manifestée progressivement et rapidement depuis le début de 1986. LE DECES a eu lieu en novembre 1988, soit 14 mois après l'hospitalisation, dans un tableau d'insuffisance cardiaque INCONTROLABLE.

Sur le plan familial, ce malade n'avait pas connu ses parents. Il a deux enfants qui n'ont pas été examinés, habitant à distance. Sa femme a souhaité, une fois révélés le diagnostic et le pronostic, qu'un avis soit sollicité à PARIS, auprès du Professeur RONDOT, dans le Service de Neurologie du Centre Raymond GARCIN : diagnostic et pronostic ont été en tous points confirmés.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était la supposition hative d'une intoxication éthylique en raison de la profession "exposée" !

\* LE VRAI DIAGNOSTIC appartenait à la connaissance d'une maladie à l'aspect très typique : encore faut-il en avoir vu des exemples. Celui-ci ne peut être oublié.

\* LA FAILLE n'a pas entravé la thérapeutique. Elle ne pouvait gêner que l'établissement du pronostic - et le dialogue, que l'on imagine difficile, avec l'entourage.

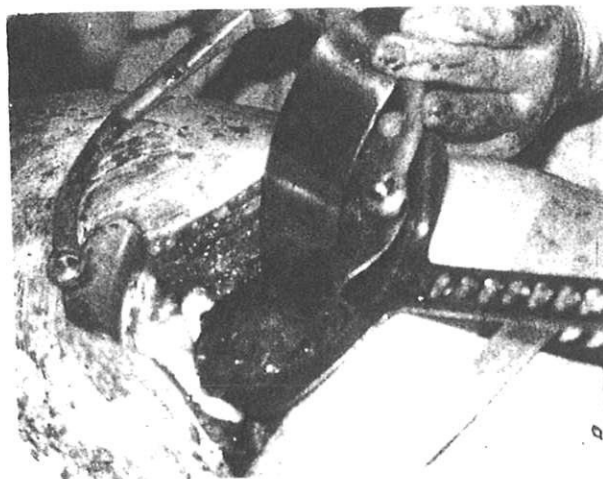
# # # # # # # # # #

La dystrophie myotonique de STEINERT est une maladie génétique multisystémique qui se transmet sur le mode autosomique dominant et se caractérise en outre, sur le plan génétique, par les phénomènes d'ANTICIPATION (maladie de plus en plus précoce d'une génération à l'autre) et d'HEREDITE PROGRESSIVE (aggravation de génération en génération). Le tableau ici présenté est pratiquement complet.

- 25 -

UN ANGIOMYOLIPOFIBROME  
DU REIN

Rare ne signifie pas impossible.



Après ouverture du FASCIA et évacuation de l'hématome péri-rénal,  
mise en évidence de la tumeur grosse comme une mandarine.

L'histoire de Madame Josiane R... est une affaire complexe, avec un diagnostic obtenu à retardement, en raison de la RARETE du tableau clinique. Cette histoire finit bien.

\* CETTE FEMME a 29 ANS EN 1979

- Elle a eu auparavant 2 grossesses, interrompues l'une et l'autre par un AVORTEMENT sans cause décelée (pas de listériose, pas d'anomalies à l'hystéro-salpingographie ultérieure)

- Elle a, depuis le 22 novembre 1979,

UNE AMENORRHEE GRAVIDIQUE, donc une 3ème GROSSESSE

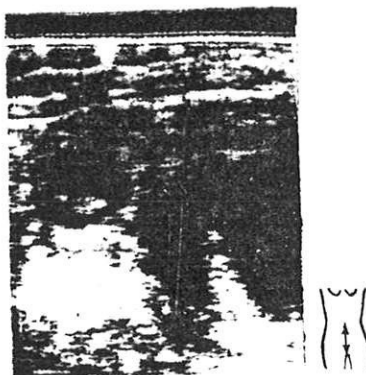
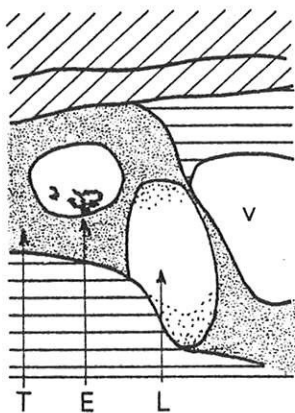
. affirmée par les examens clinique et biologique,  
. qui est donc une grossesse "précieuse"  
. sans aucune anomalie gynécologique ou extra-gynécologique (TA normale, urines normales, bilan rénal normal, glycémie normale, aucune pathologie infectieuse locale ou générale).

- LA PATHOLOGIE commence le 2 février 1980 :

\* A J1, donc ce 2 février, soit à la 10ème semaine d'aménorrhée, survient

UNE METRORRAGIE DE SANG ROUGE VIF

- peu abondante,  
- sans prodromes ni signes d'accompagnement,  
- qui justifie une ECHOGRAPHIE montrant  
. un utérus un peu plus volumineux qu'il ne devrait l'être  
. un sac ovulaire fundique, tonique,  
. un embryon dont les battements cardiaques et les mouvements actifs sont parfaitement perçus et dont la mesure crânio-caudale est de 29 mm,  
. et enfin, à la partie inférieure et postéro-latérale droite de l'utérus, une importante zone lacunaire allant du pied du mur vésical à l'orifice interne du col : décollement nécessitant repos et surveillance.



. E : embryon  
. L : lacune  
. T : trophoblaste  
. V : vessie

\* A J2

Il n'y a plus de saignement, le col utérin ne s'est pas modifié, les culs-de-sac sont libres - bref, on peut croire à une "accalmie" lorsque survient, brutalement, dans la nuit,

UNE VIOLENTE DOULEUR PELVIENNE GAUCHE

qui fait hospitaliser cette jeune femme en milieu chirurgical pour perfusion d'antispasmodiques, contrôles sanguin et urinaire qui s'avèrent NORMAUX.

A ce stade, le diagnostic est celui d'un probable avortement en voie de réalisation.

\* A J3

Après plusieurs heures de rémission, apparaissent des DOULEURS LOMBO-ABDOMINALES GAUCHES et une sensibilité excessive de la fosse lombaire gauche, qui font évoquer - nouvelle hypothèse -

UNE COLIQUE NEPHRETIQUE GAUCHE

traitée par antispasmodiques de type SPASFON.

\* A J4

Le tableau s'aggrave brusquement à 18 H avec :

- malaise général et HYPOTENSION (60-40),
- SYNDROME OCCLUSIF évident
- DOULEUR INTENSE DE LA FOSSE ILIAQUE et de L'HYPOCHONDRE GAUCHES.

Sont alors pratiqués :

\* légitimement, un ASP, avec protection de l'utérus, montrant plusieurs NIVEAUX LIQUIDES sur le colon et le grêle et une GRISAILLE de toute la FIG ;

\* d'une manière plus discutable, en sachant cependant que l'échographe est en panne et qu'il faut avoir absolument un diagnostic devant ce tableau SEVERE, une UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE - toujours avec protection de l'utérus.

Celle-ci montre :

- . une discrète DILATATION DES CAVITES RENALES GAUCHES
- . une image d'ARRET avec DEFECT de 2 à 3 mm au niveau de la jonction pyélo-calicielle, interprété comme

UNE VRAISEMBLABLE LITHIASE URETERALE

Il n'y a pas d'hématurie, pas de pyurie ; la formule sanguine est normale. Le diagnostic est donc maintenu d'une colique néphrétique avec

### ILEUS REFLEXE

#### \* A J5

La douleur s'est notablement atténuée, mais l'hémogramme qui, à J1, montrait une hémoglobine à 13 g, révèle que celle-ci est abaissée à 10 g - alors qu'il n'y a pas eu d'autres métrorragies.

#### \* A J6

Une tuméfaction très douloureuse apparaît au niveau de la F.I.G. qui est devenue pratiquement inexaminable.

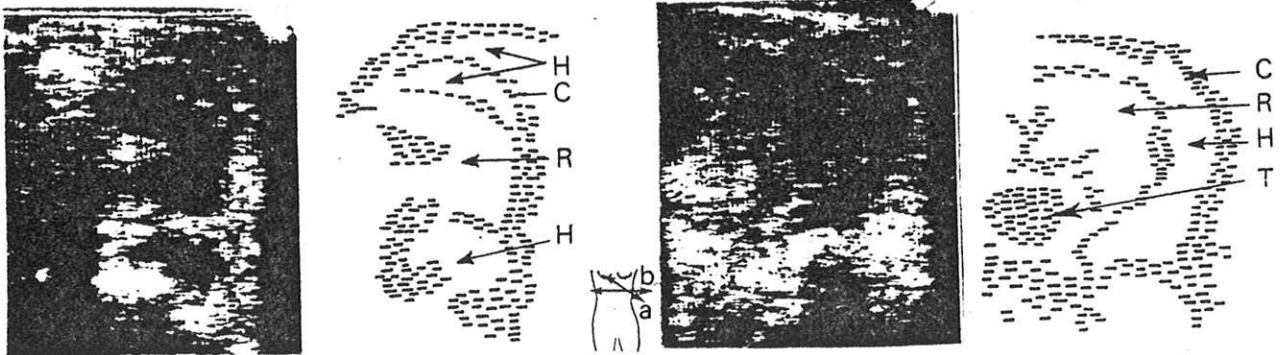
En même temps sont notées :

- une chute de l'hémoglobine à 8 g
- et une hématurie microscopique.

\* Une ECHOGRAPHIE - l'appareil étant réparé - est alors rapidement réalisée au niveau de la FOSSE LOMBAIRE GAUCHE - car tout contact est impossible avec la FIG devant l'intensité de la douleur : il existe

- DES IMAGES D'EPANCHEMENT SOUS ET EXTRA-CAPSULAIRE DU REIN GAUCHE
- et une IMAGE TRES ECHOGENE DU POLE INFERIEUR DU REIN, SOUS-CAPSULAIRE, évoquant donc

### UNE FORMATION SOLIDE TUMORALE AVEC PROBABLE SAIGNEMENT DE VOISINAGE



- H : hématome : C : capsule : R : rein : T : image tumorale.

Il est impossible, toujours en raison de la douleur, d'avoir une visualisation échographique de l'utérus et de son contenu.



Une intervention chirurgicale est donc décidée, l'urologue se donnant un délai d'un jour.

\* A J8

La lombotomie transverse met à jour :

1 - un IMPORTANT HEMATOME PERI-RENAL  
2 - et une TUMEUR DU POLE INFERIEUR DU REIN, décollée dans la partie supérieure de son implantation. Par cette brèche parenchymateuse, saignent de très nombreuses artérioles et veines corticales - qui étaient donc à l'origine de l'hémorragie.

Après ablation de la tumeur, une SUTURE de la tranche parenchymateuse est réalisée. Il s'est donc agi d'une

#### NEPHRECTOMIE PARTIELLE

\* L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE révélera que la tumeur est un

ANGIOMYOLIPOFIBROME

c'est à dire un HAMARTOME - pathologie le plus souvent rencontrée au cours des PHACOMATOSES (sclérose tubéreuse de BOURNEVILLE, neurofibromatose de RECKLINGHAUSEN...)

\* LES SUITES OPERATOIRES seront très simples, à la fois

- pour la malade  
- et pour l'embryon qui peut être à nouveau examiné par ECHOGRAPHIE et se montre NORMAL.

\* LA GROSSESSE se poursuivra normalement, avec une surveillance ECHOGRAPHIQUE régulière. Le 19 août 1980, Madame R... donnera naissance

- par voie basse  
- dans des conditions parfaitement eutociques  
- à 8 mois et demi de grossesse

à une petite fille pesant 2980 g et ayant un APGAR à 10 à une minute.

EN RESUME

---

Rien ne fut ici facile :

\* LES FAUSSES PISTES ont été au nombre de 2 :

1 - LA METRORRAGIE INITIALE qui a fait découvrir la lacune échographique - finalement sans conséquence - et à pu faire penser à un nouvel avortement.

2 - LA DOULEUR A TYPE DE COLIQUE NEPHRETIQUE

. qui a motivé une UIV, certes discutable dans le contexte d'une grossesse, mais rendue nécessaire, voire indispensable, si l'on tient compte des circonstances,

. et qui expliquait fort bien un ILEUS REFLEXE.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a été porté sur les notions successivement établies

. d'anémie (signant un probable saignement non extériorisé)

. de tuméfaction de la partie gauche de l'abdomen évoquant une étiologie plutôt rénale

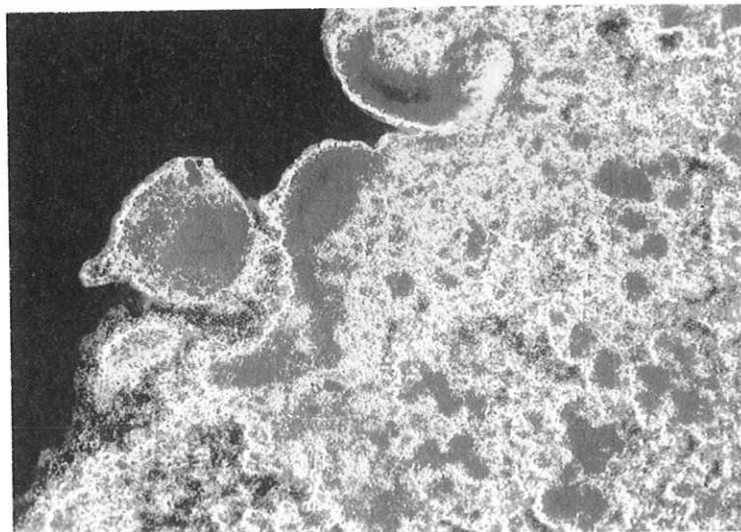
. et d'anomalies échographiques rénales et péri-rénales : la valeur de l'ECHOGRAPHIE est ici, une fois de plus, démontrée.

# # # # # # # # # # #

Dix cas de rupture spontanée du rein en cours de grossesse ont été répertoriés dans la littérature jusqu'en 1981. Dans 3 cas, il s'agissait de la rupture d'un ANGIOMYOLIPOFIBROME. Dans 9 cas, la thérapeutique a consisté en une néphrectomie totale. L'histoire ci-dessus mentionnée a été publiée dans le Journal Européen de Médecine Ultra-Sonore (JEMU) en 1981.

## HISTOIRE D'UN SIDA

La recherche complexe d'un "facteur de risque".



Libération des particules HIV par bourgeonnement  
de la membrane lymphocytaire.

Les vies les plus paisibles, à distance des transfusions et des désordres des grandes cités, comportent parfois des risques inattendus. En témoigne cette observation quelque peu étonnante.

\* \* \* \*

Madame D... a vécu toute son existence dans un petit village limousin, n'en sortant pratiquement jamais. Elle n'a accompli aucun voyage hors de France. Elle a consacré tout son temps à une famille importante. Ayant eu 9 grossesses dont 2 interrompues dans les 3 premiers mois, elle a élevé 7 enfants : 2 d'entre eux sont morts dans leurs premières années, les 5 autres sont vivants et ont constamment entouré leur mère avec reconnaissance, tant les conditions matérielles ont été difficiles - pour une femme qui s'est trouvée VEUVE A 30 ANS, avec une ferme à exploiter, sans aucune aide extérieure. Cette femme n'a jamais eu, comme elle le dit avec humour "le temps d'être malade". On chercherait donc en vain quelque antécédent que ce soit chez elle. Elle n'a jamais été transfusée.

LE 16 FEVRIER 1989, alors qu'elle a 66 ans, elle est hospitalisée parce que son médecin traitant

- contacté par elle-même après un bilan systématique effectué en avril 87 gratuitement par la Caisse de Mutualité Agricole, alors qu'elle n'a aucun souci de santé

- constate l'existence fortuite, dans ce bilan biologique,

\* d'une V.S. accélérée à 105 mm

\* et d'une HYPERPROTIDEMIE à 90 grammes

sans anomalies monoclonales.

Ce médecin, très rigoureux, conclut, au terme d'investigations soigneuses, à une DYSPROTEINEMIE "bénigne", à surveiller trimestriellement.

Cette femme continue de n'avoir aucune doléance jusqu'en janvier 1989. A cette date, elle présente une PNEUMOPATHIE considérée comme VIRALE, sans preuves biologiques, qui dure un peu plus longtemps que prévu, sans doute en raison d'une surinfection traitée par CEFACIDAL tout d'abord, puis par ERYTHROMYCINE et SOLUPRED, les clichés des poumons, des sinus et des dents étant normaux. A la suite de cet incident infectieux, un nouveau bilan biologique est superposable à celui d'avril 1987 et à ceux qui ont été réalisés entre temps. Une phlébite superficielle du membre inférieur droit succède à la pneumopathie. Une courte hospitalisation est alors décidée.

#### AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION

\* L'ASPECT GENERAL de cette femme est bon. On note, au cours de l'examen clinique :

- UNE ROUGEUR DU VISAGE, à type de joues "soufflées", qui serait assez récente (2 mois environ), avec également un érythème discrètement squameux de la base du nez et la notion d'une peau "qui a durci" ;

- UN SYNDROME DE RAYNAUD, allégué mais non constaté ;
- DES DOIGTS UN PEU BOUDINES et CYANOSES avec impression de calcifications au niveau de l'index gauche (vérifiées radiologiquement) ;
- UNE CYANOSE DES 2 PIEDS sans aucune anomalie artérielle au niveau des pédieuses et des tibiales postérieures ;
- UNE OUVERTURE BUCCALE LIMITEE avec existence de plis radiés péri-buccaux ;
- enfin, UN SOUFFLE SYSTOLIQUE APEXIEN 1,5/6 sans autres anomalies (ni adénopathies, ni hépatosplénomégalie, ni autres constatations).

De sorte que l'envie est réelle

1 - d'évoquer une maladie systémique (lupus, dermatomyosite ou plutôt, après l'examen d'un dermatologue, sclérodermie)

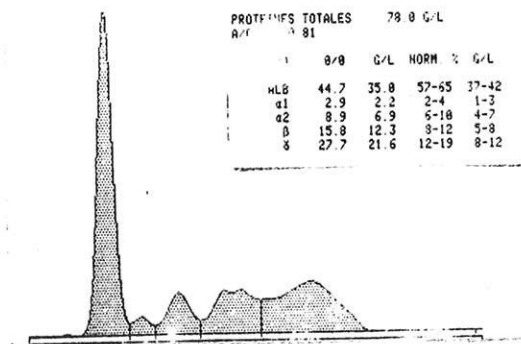
2 - et de rechercher une endocardite, bien que la courbe thermique soit rigoureusement normale.

\* LA BIOLOGIE révèle :

- UN SYNDROME INFLAMMATOIRE NET :

- . VS = 109 mm
- . CRP = 75 mg/l
- . Haptoglobine = 6,60 g/l
- . Ferritine - 700 ng/ml

- et effectivement une ELECTROPHORESE DES PROTEINES, anormale, avec la courbe suivante



Au niveau de l'IEP :

- . il n'y a pas de pic monoclonal
- . les IgG sont augmentées à 23,10 g (normale de 6,80 à 14 g)
- . les IgA " " 8,61 g (normale de 0,7 à 3,10 g)
- . les IgM " " 4,54 g (normale de 0,55 à 3,50 g)

- Le reste du bilan biologique immédiat a peu d'intérêt :

- . Hb à 12,70, VGM normal
- . 7600 leucocytes, formule normale
- . 223 000 plaquettes

- . les urines sont normales : il n'y a pas de protéinurie
- . la fonction rénale est normale
- . seule note curieuse : une AMYLASEMIE à 2110 U , avec une AMYLASURIE normale, une glycémie et une calcémie normales et un bilan hépatique complet normal, sans aucun stigmate d'éthylisme - cette élévation n'étant jamais retrouvée ultérieurement.
- . le MYELOGRAMME est normal.

- Enfin, rapidement réalisés,
  - . des clichés pulmonaires sont normaux,
  - . l'échographie cardiaque trouve des calcifications des 2 valves mitrales sans signes de R.M., sans végétations, sans anomalies péricardiques
  - . l'échographie abdominale est normale,
  - . l'échographie rénale et pelvienne aussi.

- A CE STADE DU RAISONNEMENT, alors que sont en attente

- . le BILAN IMMUNOLOGIQUE
- . la CAPILLAROSCOPIE
- . et un SCANNER ABDOMINAL (au moins pour pancréas et foie)

L'UN DES MEMBRES DE L'EQUIPE SOIGNANTE (Dr P. PAJOL), devant l'aspect de la courbe électrophorétique, a déjà demandé - non sans s'attirer quelque ironie de la part des autres

UNE SEROLOGIE H.I.V.

A la surprise de tous, celle-ci est POSITIVE !  
en ELISA et en WESTERN-BLOT !

RESULTATS : Technique ELISA : R = > 8,6-

Technique Western blot : positive pour HIV 1

P14	P17	P24	P31	GP41	P53	P55	P64	GP120	GP160
-	±	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++

WESTERN BLOT positive pour HIV 1  
Ac Anti HIV 1 Positif R > 8,6  
par technique E.L.I.S.A.

Ac Anti HIV 1 Positif R > 8,4  
par technique E.L.I.S.A.

CONCLUSION :

Sen HIV-1 typique  
positif confirmé

WESTERN BLOT HIV 1

IL FAUT ANNONCER LA TRAGIQUE NOUVELLE A LA MALADE, au cours d'un entretien en tête à tête avec l'un des médecins. Plusieurs jours seront nécessaires pour comprendre la genèse de la maladie, ainsi résumée :

1 - Veuve à 30 ans, cette malade n'a eu aucune relation sexuelle pendant 30 années.

2 - A l'âge de 61 ans, elle a eu une liaison très épisodique avec un homme de 40 ans - et de rares rapports sexuels avec lui. Elle n'a pas revu cet homme depuis longtemps et elle le croit décédé.

3 - Une enquête médicale (d'une discrétion soigneuse) est effectuée sur cet unique partenaire. Son médecin traitant "retrouvé" donne 3 notions capitales:

- il était notoirement homosexuel (donc bisexuel)
- il a eu une série de maladies infectieuses sévères, répétées,
- il est mort dans une clinique d'une pathologie "cérébro-méningée" sur laquelle il n'est pas possible d'avoir de plus amples renseignements.

Il y a tout lieu de penser que cet homme a été à l'origine de la contamination.

#### LE RESTE DU BILAN fera apparaître

- l'absence d'anomalies sévères à la capillaroscopie
- une sérologie négative des hépatites A, B et C
- l'absence d'anticorps antimitochondries
- la présence
  - . de F.A.N. (fluorescence nucléolaire) à un titre non significatif (< 100)
  - . d'anticorps anti-muscle lisse
- un test de Coombs direct positif
- une splénomégalie discrète sur le scanner.

#### \* Pour le BILAN HIV :

- . une beta 2 microglobuline à 11 mg/l
  - . et une leucocytose à 9600 avec 47 % de LYMPHOCYTES
- > cellules CD4 = 49 % = 1398  
--> cellules CD8 = 12 % = 541

soit un rapport  $\frac{CD4}{CD8} = 2,58 (> 1)$

\* Enfin, la BOM va montrer un aspect de LYMPHOME MALIN - qui va poser un difficile problème thérapeutique. L'opportunité se présentant de faire examiner les lames à OXFORD (JOHN RADCLIFFE HOSPITAL), par le Dr Kevin GATTER dans le Service du Professeur MASON, un doute sera porté sur la réalité du lymphome, qui sera finalement nié : il s'agit d'une prolifération lymphoïde nodulaire d'aspect fréquemment rencontré dans le contexte H.I.V.

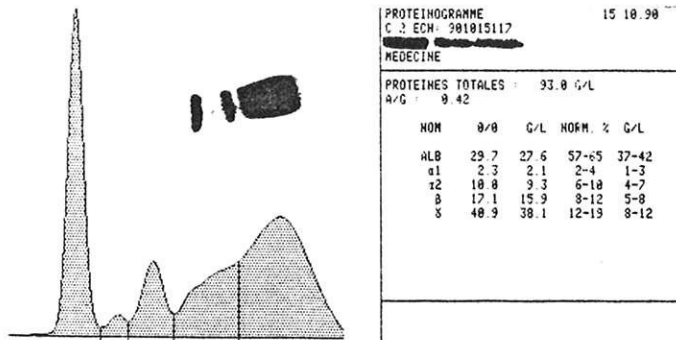
#### L'EVOLUTION

sera marquée successivement par

- une thrombo-phlébite du membre inférieur droit avec embolie pulmonaire et caillot flottant nécessitant la pose d'un filtre cave ;

- une bonne année 1989 à ceci près,
- en 1990,
  - . une pneumonie a PNEUMOCOQUE
  - . l'apparition d'une ENCEPHALOPATHIE HIV (hyperprotéinorachie isolée, détérioration intellectuelle progressive avec scanner normal)
  - . une pneumocystose, diverses mycoses.
- le décès en 1991.

DE LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE, on peut extraire cette courbe électrophorétique du 15 octobre 1990.





EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était celle, apparemment plausible, d'une MALADIE SYSTEMIQUE ;

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a découlé de

L'ANOMALIE ELECTROPHORETIQUE

bien décrite dans la pathologie HIV.

ICI, il faut avouer que, si la SEROLOGIE a été rapidement demandée, c'est un peu AU HASARD... et à la fois JUDICIEUSEMENT.

\* CETTE OBSERVATION, même si elle vante le "flair" d'un praticien, demeure un souvenir DRAMATIQUE pour toute une équipe soignante - et pour une famille dont l'information a posé beaucoup de problèmes.

# # # # # # # # # #

Au cours du SIDA, le déficit profond des cellules T contraste avec l'activation polyclonale des cellules B qui se caractérise par l'hyper-immunoglobulinémie polyclonale qui est précoce et touche les IgG, M et A surtout mais aussi les IgD. Cette élévation est parfois oligoclonale et peut même revêtir un caractère monoclonal. La présence d'immunoglobuline monoclonale sérique est ainsi un événement non rare au cours de l'infection à VIH. Reconnu dans plus de 10 % des cas au sein d'une hyper-immunoglobulinémie polyclonale, un composant monoclonal sérique, le plus fréquemment de faible taux, peut s'expliquer par l'altération des fonctions régulatrices des cellules T. L'hyperactivité des cellules B, certaines infections virales opportunistes, les lymphomes non Hodgkiniens d'immunotype B sont autant d'éléments qui vont dans le même sens. Ces composants monoclonaux doivent ainsi être considérés comme le stigmate au cours de l'infection par le virus HIV de la présence de clone(s) lymphocytaire(s) apparaissant très tôt dans l'histoire de la maladie, sans pouvoir actuellement reconnaître à ce phénomène une valeur pronostique.

## UN SYNDROME DE SHEEHAN

Un piège qui reste actuel, puisque rencontré en 1990.



Harold L. SHEEHAN (1900 - 1988)

On comprend la perplexité des Internes de garde du Service des Urgences devant LE TABLEAU GRAVE de Madame Pierrette P..., âgée de 57 ans.

LE 25 SEPTEMBRE 1990

Cette femme - qui devait avoir ce jour même une ECHOCARDIOGRAPHIE et une EPREUVE D'EFFORT à la suite d'une consultation cardiologique remontant au 10 septembre précédent - arrive donc aux Urgences avec un aspect impressionnant, ainsi décrit dans le dossier :

1 - ADYNAMIE majeure : elle ne peut accomplir aucun geste, elle demeure absolument immobile ;

2 - OBNUBILATION importante : elle est muette, ininterrogeable, semi-comateuse (il semble qu'elle soit sommairement consciente - d'après l'expression intermittente du regard) avec des R.O.T. très diminués aux 4 membres, sans autres signes neurologiques ;

3 - UNE PALEUR intense +++ ;

4 - UNE HYPOTENSION à 7,5/5, les bruits du coeur étant très sourds, à peine audibles ;

5 - UNE DYSPNEE notable ;

6 - UN DISCRET OEDEME DES MEMBRES INFERIEURS et peut-être un reflux hépato-jugulaire ;

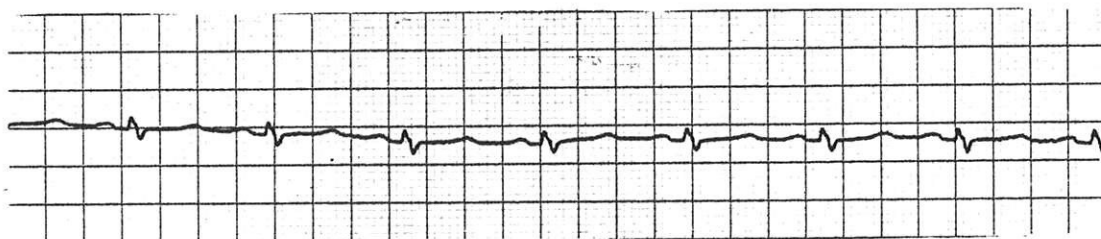
7 - UNE HYPOTHERMIE à 35°6.

L'ensemble évoque, en première analyse et avec un embarras du choix certain, en l'absence de renseignements précis (la lettre du médecin mentionne simplement que la malade a été trouvée dans cet état par ses voisins et que ceux-ci ont la notion d'un bilan cardiologique en cours de réalisation) :

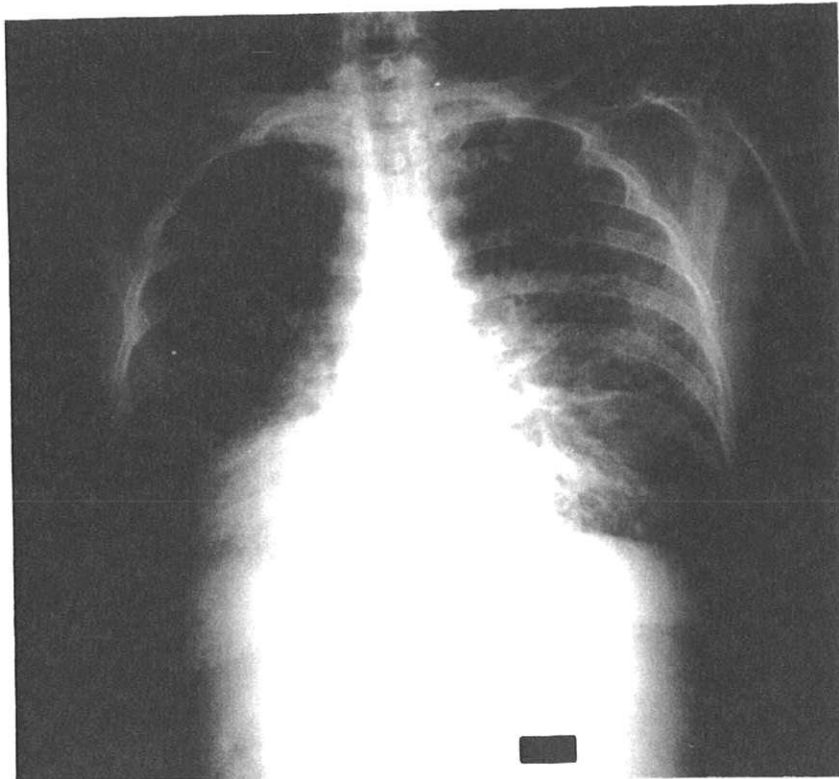
- soit un choc cardiogénique ;
- soit une embolie pulmonaire grave ;
- soit un collapsus hémorragique (malgré l'absence de saignement extériorisé, de méléna au TR et de sang dans la sonde gastrique) ;
- soit un choc septique (malgré l'absence de marbrures cutanées).

Rapidement seront notés en supplément :

1 - LE MICROVOLTAGE DE L'ECG (avec un rythme sinusal à 80/minute) et une possible onde Q en V1 et V2



2 - UNE CARDIOMEGALIE importante sur le cliché du thorax au lit



3 - UNE HYPOGLYCEMIE (0,60 g au doigt)

4 - UNE HYPOXIE - HYPOCAPNIE ( $PO_2 = 64$ ,  $PCO_2 = 23$ )

5 - UNE ACIDOSE (R.A. = 14)

6 - UNE ANEMIE à 9,70 g d'Hb, ce qui - à la réflexion devant la bonne coloration des conjonctives - ne correspond pas véritablement à

... L'EXTREME PALEUR

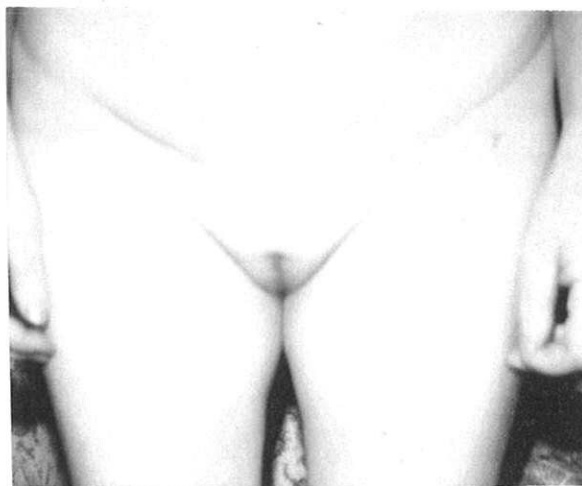
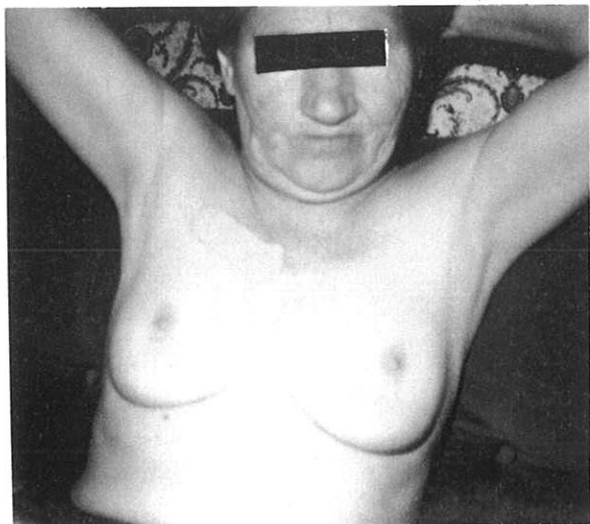
A ce stade de la réflexion diagnostique, alors qu'un traitement est débuté par

- OXYGENE nasal
- SOLUTE GLUCOSE à 10 %, SOLUTE BICARBONATE à 14 %.
- DOPAMINE, DOBUTREX

la mari, informé sur les lieux de son travail, arrive à l'hôpital et indique que l'ASTHENIE PROFONDE remonte à plusieurs semaines, que la DYSPNEE est récente et qu'une "MALADIE CARDIAQUE" est recherchée. Il est effondré : on ne peut obtenir de lui d'autres renseignements.

LA PERPLEXITE DES I.D.G. demeure grande - mais la thérapeutique au moins symptomatique étant en cours, l'un d'eux réussit, à partir d'une observation plus fine, une PREMIERE SYNTHESE :

- 1) LA PALEUR D'ALBATRE véritablement inhabituelle
- 2) LA DEPILATION DES AISSELLES et du PUBIS ; la peau et les cheveux secs,
- 3) LE VISAGE bouffi, l'OEDEME des membres inférieurs,
- 4) L'ADYNAMIE, L'HYPOTENSION, L'HYPOTHERMIE, LA CARDIOMEGALIE, le MICROVOLTAGE de l'ECG



ne pourraient-ils pas constituer les signes d'un

COMA MYXOEDEMATÉUX ?

Dès lors, est ajouté au traitement

l'HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE I.V.

à la dose de 100 mg toutes les 4 heures - qui va apporter (ou aider à apporter) une AMELIORATION PROGRESSIVE.

#### LE LENDEMAIN

La conscience de la malade, sa T.A. et sa température sont normalisées. D'autre part,

1 - LE LABORATOIRE a apporté divers éléments :

- l'ANEMIE est normochrome normocytaire, non hémolytique,
  - l'IONOGRAMME était banal (Na = 134, K = 4, Cl = 102 mEq)
  - les hormonémies thyroïdiennes :
    - \* T3L = 1,20 pg/ml (pour une normale de 2,8 à 7)
    - \* T4L = 1,5 pg/ml (pour une normale de 7 à 21)
    - \* TSH = 1,23 uU/ml, NORMALE
- font percevoir l'HYPOTHYROIDIE comme appartenant plutôt à

#### UNE INSUFFISANCE ANTE-HYPOPHYSIAIRE

- l'abaissement net
    - \* du CORTISOL PLASMATIQUE (cycle)
    - \* et du CORTISOL libre URINAIRE
- va dans le même sens.

2 - L'EXTREME PALEUR de la peau SECHE, profondément RIDEE, ravinée, évoque vraiment un déficit en hormone mélanotrope.

3 - Enfin, l'INTERROGATOIRE de la malade et de sa famille obtient une histoire très suggestive :

\* l'ASTHENIE a mis plusieurs années pour s'installer, transformant une femme NORMALE en un être étrangement APATHIQUE, INDIFFERENT à toutes choses, ABOULIQUE, au point que le diagnostic a été porté d'un ETAT DEPRESSIF et que, finalement, les 3 filles de la malade n'ont pu se défendre d'une sorte de mépris, de rejet à l'égard de leur mère - attitude aujourd'hui vivement regrettée.

\* et surtout LES ANTECEDENTS OBSTETRICAUX comportent

- . 6 GROSSESSES, dont
- . 2 ne sont pas allées jusqu'à leur terme
- . 3 ont été normales
- . et 1, la dernière, il y a 19 ans, a donné lieu à

#### UNE HEMORRAGIE GRAVISSIME

- . en rapport avec un placenta praevia,
- . ayant nécessité une césarienne en urgence,
- . et ayant comporté un risque vital bien indiqué par le chirurgien.

\* Enfin, après cette grossesse

- . Il n'y a pas eu de LACTATION POSSIBLE
- . LES POILS PUBIENS, rasés, n'ont pas repoussé
- . une AMENORRHEE définitive s'est installée, précédant les autres troubles.

Tout concorde alors pour évoquer

UN SYNDROME DE SHEEHAN

c'est à dire une NECROSE HEMORRAGIQUE HYPOPHYSIAIRE  
DU POST-PARTUM

AU COURS DES JOURS SUIVANTS

- L'amélioration de la malade est obtenue en une semaine, avec lever et reprise de l'autonomie :

- \* l'H.S.H.C. est relayée par l'HYDROCORTISONE orale (10 mg x 4)
- \* le SYNCORTYL a été rapidement interrompu
- \* la THYROXINE a été introduite très progressivement.

- l'ECHOCARDIOGRAPHIE (au lendemain de l'admission) a montré une hypokinésie majeure et globale, un bas débit initial et un péricarde libre. L'ECG s'est amendé avec disparition des ondes Q en V2 et V3.

- Le BILAN ENDOCRINIEN a été le suivant :

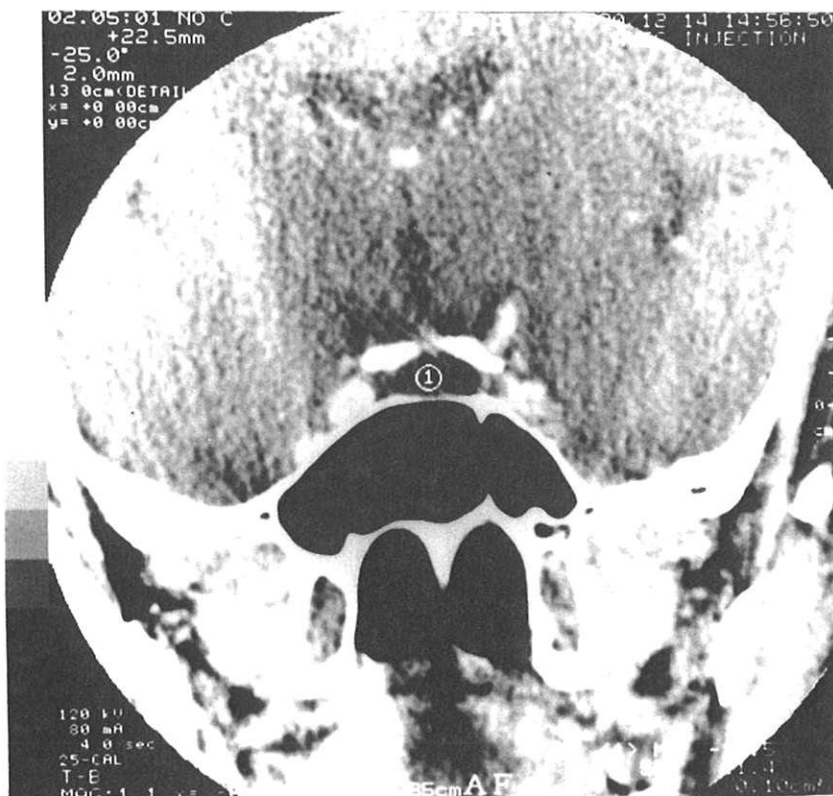
- \* ACTH = 4,8 pg/ml (normale de 20 à 50)
- \* STH < 0,1 ng/ml
- \* PROLACTINE < 1,5 ng/l (normale : 2 à 15)
- \* LH = 0,45 UI/l
- \* FSH = 2,2 UI/l
- \* OESTRADIOL très bas.

. Pour des raisons pratiques diverses, les explorations dynamiques par LHRH pour LH et FSH, et par TRH pour TSH et PROLACTINE n'ont pas été réalisées. La recherche d'anticorps anti-thyroïde, anti-surrénale et anti-hypophyse : été négative.

. Il n'y avait aucun signe de diabète insipide.

- LE SCANNER DE LA SELLE TURCIQUE effectué le 14 décembre 1990, soit à peu près 2 mois après l'hospitalisation, a montré

- \* une loge sellaïre de volume normal
- \* une tige pituitaire en place seule visible
- \* UNE SELLE TURCIQUE VIDE.



EN 1992

La malade, revue tous les 3 mois, va parfaitement bien avec un traitement substitutif par HYDROCORTISONE et THYROXINE. Elle est régulièrement suivie sur le plan cardiaque.



EN RESUME

---

\* LE DIAGNOSTIC DE SYNDROME DE SHEEHAN, en dépit du bilan endocrinien incomplet, ne parait pas pouvoir être ici mis en doute.

\* LES FAUSSES PISTES ont été loyalement évoquées dans le contexte de l'urgence avec la pâleur impressionnante, le semi-coma, l'hypotension sévère et les anomalies cardiaques. Il était nécessaire de "PENSER A TOUT" et d'établir en premier lieu un traitement polysymptomatique (glucose, bicarbonate de Na, DOPAMINE et DOBUTREX).

\* LE VRAI DIAGNOSTIC a été fait - et c'est l'intérêt de cette observation - EN 3 ETAPES, après l'hésitation initiale :

- > 1 - diagnostic de l'HYPOTHYROIDIE
- > 2 - diagnostic de l'INSUFFISANCE ANTE-HYPOPHYSIAIRE
- > 3 - diagnostic de l'ETIOLOGIE HEMORRAGIQUE OBSTETRICALE.

\* SON AUTRE INTERET est de montrer - ce qui correspond parfaitement à certaines descriptions de SHEEHAN - que la DECOMPENSATION HYPOPHYSIAIRE peut avoir lieu très tardivement après l'incident hémorragique :

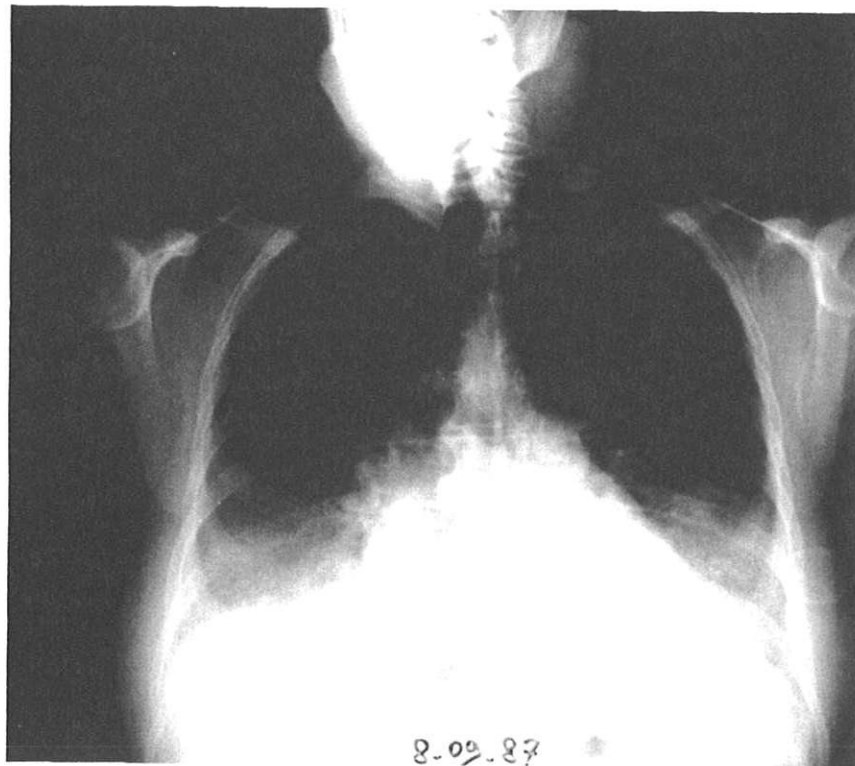
ICI, 19 ANS.

#####

Le syndrome de SHEEHAN a été admirablement décrit en 1937. Sa fréquence était établie autour de 100 à 200 cas pour un million de femmes. Le développement de la réanimation obstétricale en a diminué fort heureusement l'indidence. L'hypophyse est fragile dans le contexte obstétrical. D'autre part, "les artères irriguant l'hypophyse antérieure ont une disposition particulière dans leur partie terminale : elles comprennent une artère centrale entourée d'une artère spiralée ; cette dernière se contracte lors du collapsus, d'où une nécrose anoxique puis un infarctissement secondaire. Certains territoires sont respectés, en particulier la post-hypophyse qui a une irrigation différente" (J.P. LUTON).

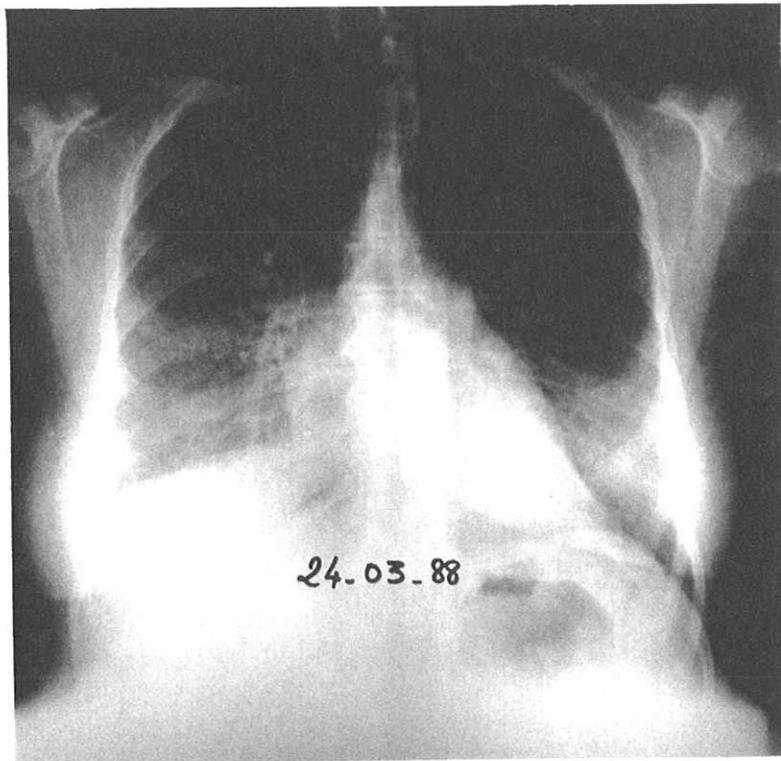
## UNE PARAFFINOSE PULMONAIRE

Il faut savoir interroger... et observer.



Madame Marie-Louise L..., âgée de 65 ans, reçoit depuis 8 ans un lourd traitement psychiatrique pour un syndrome dépressif chronique dans le contexte duquel s'inscrit une COLOPATHIE FONCTIONNELLE - avec lavement baryté récent normal. Elle n'est pas hypothyroïdienne.

UNE PREMIERE HOSPITALISATION en 1987 a lieu en raison d'une DYSPNEE progressivement croissante sans fièvre ni signes inflammatoires biologiques. Il existe une HYPOXIE ( $PO_2 = 60$  mmHg) avec HYPOCAPNIE ( $PCO_2 = 30$  mmHg). Le cliché pulmonaire est nettement pathologique.



Syndrome alvéolo-interstitiel diffus et bilatéral à prédominance droite avec alvéologramme aérique évoquant une

PNEUMONIE INTERSTITIELLE DIFFUSE

\* Un large bilan est effectué : l'EFR montre un SYNDROME RESTRICTIF PUR, la fibroscopie bronchique ne trouve aucune anomalie significative et permet une BIOPSIE TRANS-BRONCHIQUE qui découvre "une paroi alvéolaire épaissie par un oedème et des vaisseaux ectasiés : aspect compatible avec une FIBROSE PULMONAIRE ". Le lavage broncho-alvéolaire recueille un liquide LACTESCENT (... qu'il eût fallu mieux regarder...) contenant 170 éléments par  $mm^3$  avec 86 % de macrophages, 13 % de lymphocytes, 1 % de polynucléaires, sans germes.

\* TOUTES LES RECHERCHES ETIOLOGIQUES SONT VAINES : il n'existe ni granulomatose, ni pneumoconiose, ni alvéolite allergique extrinsèque, ni sarcoïdose, ni histiocytose, ni connectivite, ni tuberculose, ni origine toxique quelconque décelable ; aucun des remèdes pris ne paraît pouvoir être incriminé.

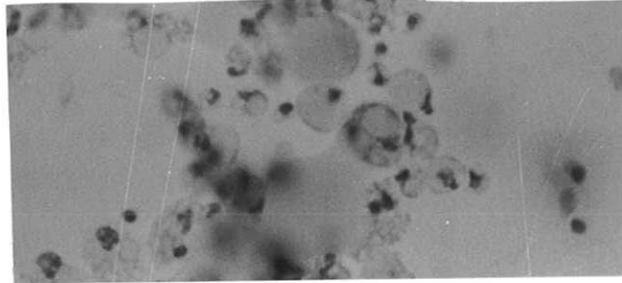
\* LA GENE RESPIRATOIRE sévère impose - au terme de cette enquête négative - une corticothérapie qui sera inefficace.

UNE SECONDE HOSPITALISATION 2 mois plus tard permet de constater une aggravation de la dyspnée, de la gazométrie et de l'image radiologique - qui va conduire à la décision

d'une BIOPSIE PULMONAIRE CHIRURGICALE

aboutissant au diagnostic de PNEUMOPATHIE HUILEUSE.

--> En microscopie optique (coloration à l'huile rouge) :  
NOMBREUSES INCLUSIONS LIPIDIQUES dans les histiocytes sous forme de macro  
et micro-vésicules : présence de GOUTTES LIPIDIQUES LIBRES. Pas de fibrose.



--> En microscopie électronique : les espaces interalvéolaires se  
montrent occupés par de volumineuses cellules desquamées remplies de vacuoles  
optiquement vides. Pas de fibrose.

\* L'INTERROGATOIRE est alors REPRIS et le "pot aux roses"  
enfin découvert : depuis 6 ans, la malade ingère chaque soir, à la bouteille, de  
l'huile de paraffine pour sa constipation et chaque soir elle fait une FAUSSE  
ROUTE.

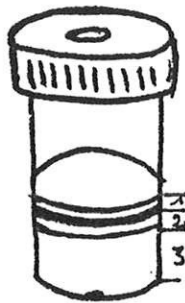


On évoque donc

une

PARAFFINOSE PULMONAIRE D'INHALATION

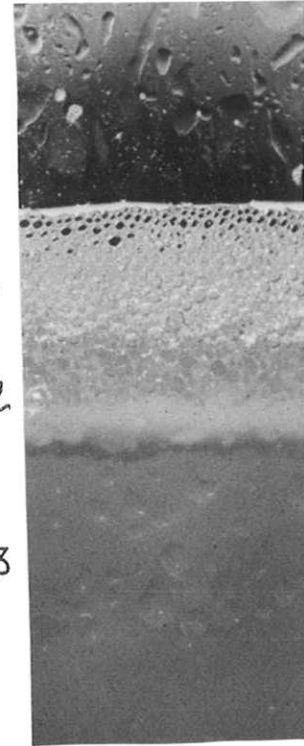
1 - Il reste à en APPORTER LA PREUVE, par un 2ème lavage broncho-alvéolaire, en regardant le liquide après l'avoir laissé reposer 10 minutes,



1 : couche spumeuse

2 : huile

3 : couche aqueuse



et par la chromatographie sur couche mince de gel de silice : la couche huileuse est composée de 90 % d'huile de paraffine.

2 - et à RECHERCHER UN FACTEUR FAVORISANT CETTE INHALATION : il n'en existe aucun (pas d'anomalie ORL, trachéale, oesophagienne ou gastrique ni trouble de la pH métrie). La FAUSSE ROUTE est une maladresse !

\* L'EVOLUTION, en dépit d'épisodes hypoxiques sévères, se fera vers une STABILISATION de qualité moyenne, après arrêt de la corticothérapie avec l'aide de lavages broncho-alvéolaires périodiques et d'une oxygénothérapie à domicile.

EN RESUME

---

\* Il s'est agi d'un tableau apparent de FIBROSE PULMONAIRE qui a fait rechercher des étiologies rares.

\* OU SONT LES FAILLES ?

Le diagnostic de PARAFFINOSE aurait pu être fait plus tôt (en dépit de la rareté de ce tableau)

- par l'interrogatoire plus rigoureux  
- par l'examen à l'oeil nu attentif du liquide de lavage broncho-alvéolaire.

"Ma spécialité ? c'est l'interrogatoire" disait Fred SIGUIER.

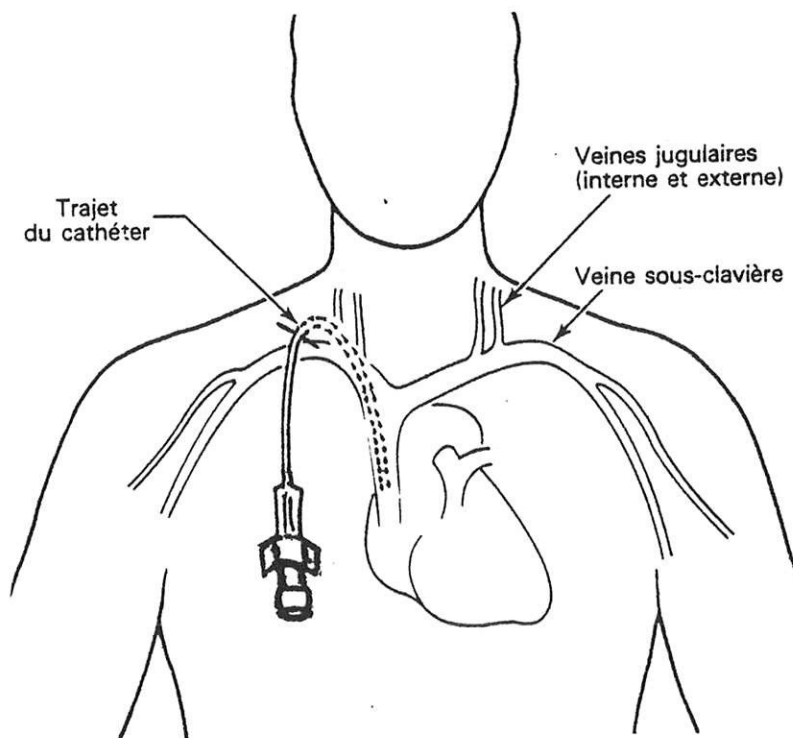
# # # # # # # # # #

Les paraffinoses pulmonaires sous leur forme alvéolaire pure et diffuse sont une entité rare, la plupart des cas décrits dans la littérature concernent des formes pseudotumorales (paraffinomes). Le polymorphisme de la maladie tant clinique que radiologique rend le diagnostic difficile. La fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire permet un diagnostic de certitude par examen direct et microscopique du liquide. Les lavages broncho-alvéolaires répétés (permettant l'élimination de la paraffine non métabolisable par l'organisme) semblent être le traitement actuellement le mieux adapté. L'évolution est capricieuse pouvant aboutir à l'insuffisance respiratoire.

## UNE ETRANGE PNEUMOPATHIE

### AIGUE

L'aventure imprévue d'un cathéter tunnalisé.



Mademoiselle Sandrine R..., âgée de 20 ans, est très bien connue du Service où elle est hospitalisée en octobre 1990 : elle est porteuse d'une

### RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

- depuis l'âge de 17 ans,
- typique dans ses aspects cliniques, endoscopiques et anatomo-pathologiques,
- jusqu'alors peu évolutive et de localisation recto-sigmoïdienne,
- régulièrement traitée par PENTASA et lavements alternés de PENTASA et de RECTOVALONE.

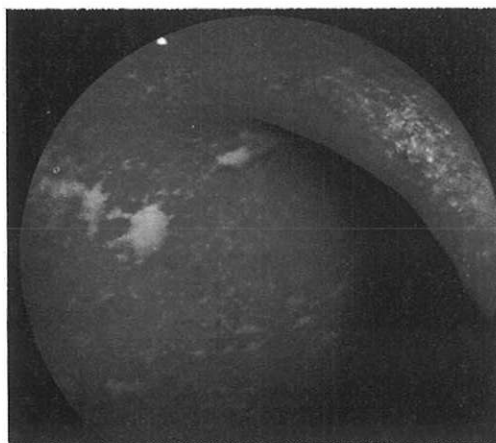
#### LORS DE CETTE DERNIERE HOSPITALISATION

Elle présente un ETAT GRAVE :

- qui succède à une CHORIORETINITE à C.M.V. sévère, traitée en juillet et en août par corticothérapie orale, indispensable selon les ophtalmologistes,
- et se manifeste par

#### UNE POUSSEE AIGUE DE PANCOLITE

- \* 8 à 10 selles diarrhéiques et sanglantes par jour,
- \* douleurs abdominales violentes et diffuses,
- \* amaigrissement de 7 kg en 2 mois,
- \* fièvre à 39° avec frissons et phases d'hypothermie,
- \* coloscopie longue significative : multiples zones d'ulcération avec enduit nécrotique du rectum au colon droit, sans intervalles de muqueuse saine,
- \* syndrome inflammatoire important (VS = 76 mm...)
- \* HYPOPROTIDEMIE à 55 g/l avec hypoalbuminémie,
- \* ANEMIE à 6 g d'Hb nécessitant le recours à 4 culots globulaires.





Sa prise en charge immédiate consistera en une antibiothérapie couvrant les entérobactéries et les anaérobies (Claforan, Gentalline, Flagyl), bientôt allégée devant la négativité des hémocultures et, d'autre part, en

#### UNE CORTICOTHERAPIE I.V. (SOLUMEDROL)

établie selon les conseils du Professeur Michel MIGNON (hôpital BICHAT - Paris) avec qui le dossier de la malade a été discuté à plusieurs reprises,

#### et UNE ALIMENTATION PARENTERALE

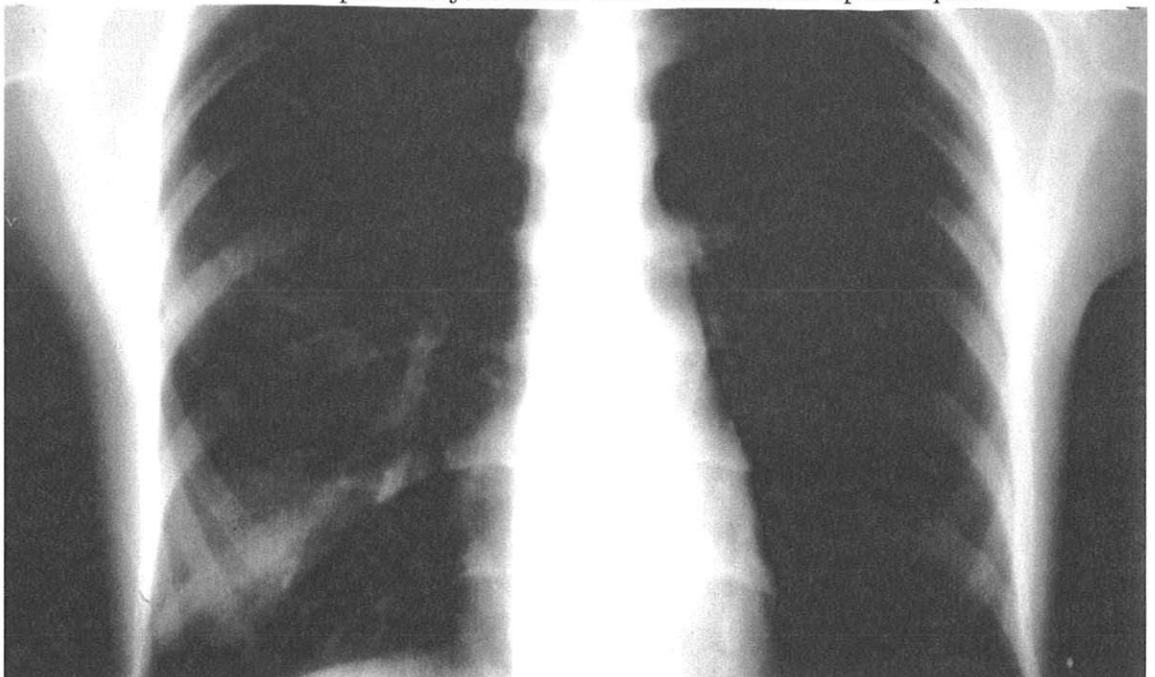
- adaptée au fil des jours,
- par ALBUMINE, SOLUTES GLUCOSES, VITRIMIX, vitamines et oligo-éléments
- passée au moyen d'un CATHETER TUNNELLEUSE long dont la mise en place par la veine sous-clavière droite, effectuée par un médecin anesthésiste chevronné, se complique d'un pneumothorax, drainé par aspiration pendant 48 heures et ainsi complètement guéri. Le cathéter est poussé jusque dans la veine cave inférieure.

AU 14ème JOUR, alors que l'amélioration est très nette, survient brutalement, à 14 heures,

#### UN TABLEAU DE PNEUMOPATHIE AIGUE

- VIVE DOULEUR thoracique droite irradiant dans l'épaule,
- DYSPNEE sévère avec angoisse majeure et CYANOSE des lèvres,
- évoquant une EMBOLIE PULMONAIRE CRUORIQUE en première intention, chez une malade qui, certes, a été levée chaque jour mais peu de temps et qui est arrivée infectée, anémiée.

- \* l'auscultation entend des râles fins dans la moitié supérieure du champ pulmonaire droit,
- \* l'E.C.G. est normal
- \* l'hypoxie (62 mm Hg) et les modifications enzymatiques (LDH /, TGO /) ajoutent une note positive,
- \* le cliché thoracique au lit montre une opacité parenchymateuse sans caractères spécifiques



\* les membres inférieurs sont cependant exempts cliniquement de toute anomalie thrombotique ce que confirmera l'examen Doppler effectué en urgence.

LE TRAITEMENT consiste donc en

- 1 - Oxygénothérapie,
- 2 - HEPARINOTHERAPIE à la seringue électrique, SE SUBSTITUANT A LA PERFUSION EN COURS,
- 3 - TRANXENE,

avec monitoring en secteur de soins intensifs.

La question s'est même posée d'un éventuel traitement fibrinolytique finalement réfuté.

POURTANT, CE DIAGNOSTIC EST FAUX !

En effet, le lendemain matin, au cours d'une réflexion plus calme

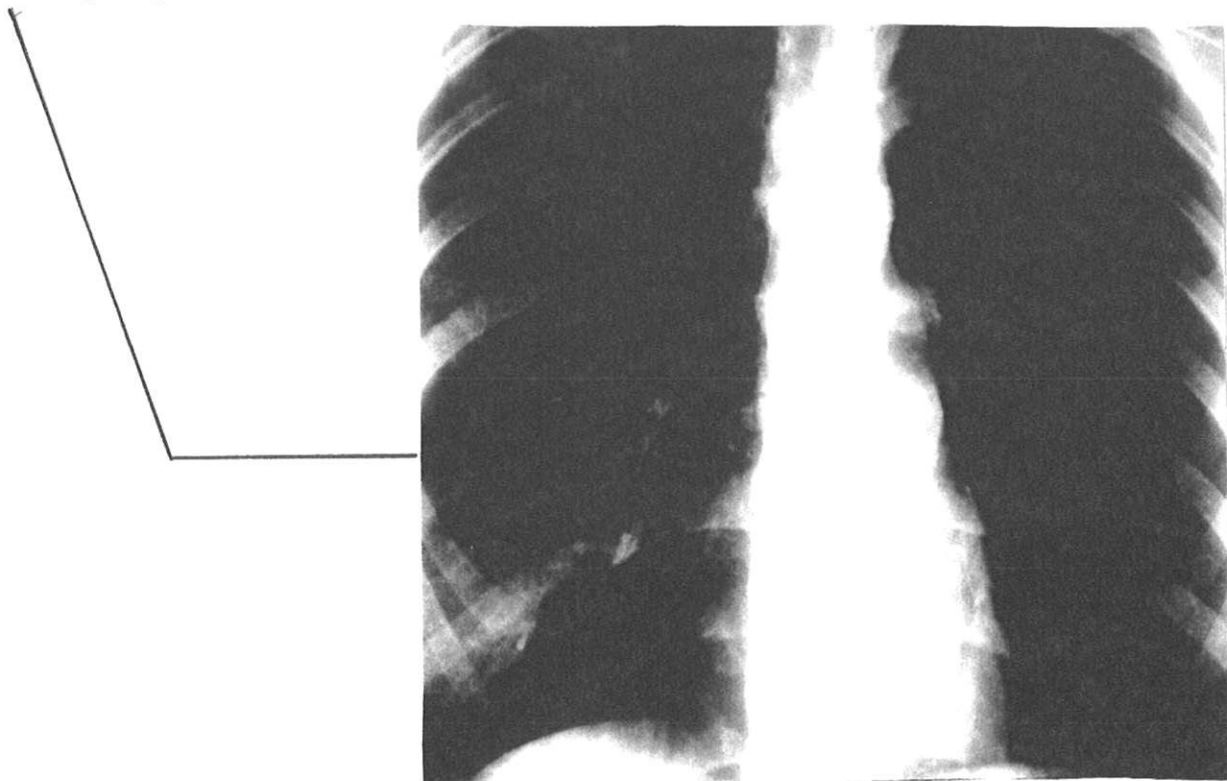
- alors que douleur et dyspnée ont diminué
- tandis que s'est "allumée" une fièvre à 38°4 avec une tachycardie banale (105) et un ECG toujours normal,
- l'attention est attirée par 3 FAITS :

1 - SUR LE CLICHE PULMONAIRE de la veille :

\* 1er FAIT: la précipitation avait occulté l'image du

CATHETER TUNNELLISE

qui est manifestement en POSITION ANORMALE : son extrémité est beaucoup trop bas située, se superposant - sur le cliché de face -





au bord inférieur de l'arc postérieur de la 8ème côte droite. Ce cathéter a suivi le flux sanguin, a fait une boucle et se trouve DANS L'ARTERE PULMONAIRE DROITE !...

\* 2ème FAIT : l'opacité parenchymateuse est celle d'une  
PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE

2 - EN "REVIVANT" L'INCIDENT de la veille :

\* 3ème FAIT : il apparaît que la perfusion qui passait par le cathéter tunnalisé était UN FLACON DE VITRIMIX avec un débit anormalement RAPIDE, ce que corroborent à postériori les dires d'une infirmière et de la malade.

Le bon diagnostic est en réalité celui d'une

PNEUMOPATHIE LIPIDIQUE

(véritable embolie pulmonaire graisseuse en quelque sorte)

- par perfusion à débit rapide
- dans l'artère pulmonaire droite, en capillaires bloqués
- d'une quantité notable de VITRIMIX.

L'EVOLUTION

- après RETRAIT DU CATHETER jusqu'à sa position préférable dans la VEINE CAVE SUPERIEURE et nouvelle fixation à la peau

- après arrêt de l'HEPARINE I.V. jugée inutile,

- après simple traitement symptomatique (oxygène)

est FAVORABLE rapidement. Tous les éléments concordent pour éliminer la première hypothèse d'embolie pulmonaire.

Par ailleurs, une CORTICOTHERAPIE orale et le traitement spécifique de la RCH amènent peu à peu l'amélioration de cette poussée sévère de la maladie.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était celle d'un accident thrombo-embolique, compréhensible dans un contexte d'alitement, d'infection, d'anémie et de corticothérapie.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC de pneumopathie lipidique a été apporté avec un retard - heureusement ici non préjudiciable - de 20 heures par une meilleure lecture des CLICHES radiologiques et une reconstitution de l'HISTOIRE PATHOLOGIQUE.

On peut conclure, sans nulle critique, que

L'URGENCE NE DOIT JAMAIS EXCLURE LA REFLEXION.

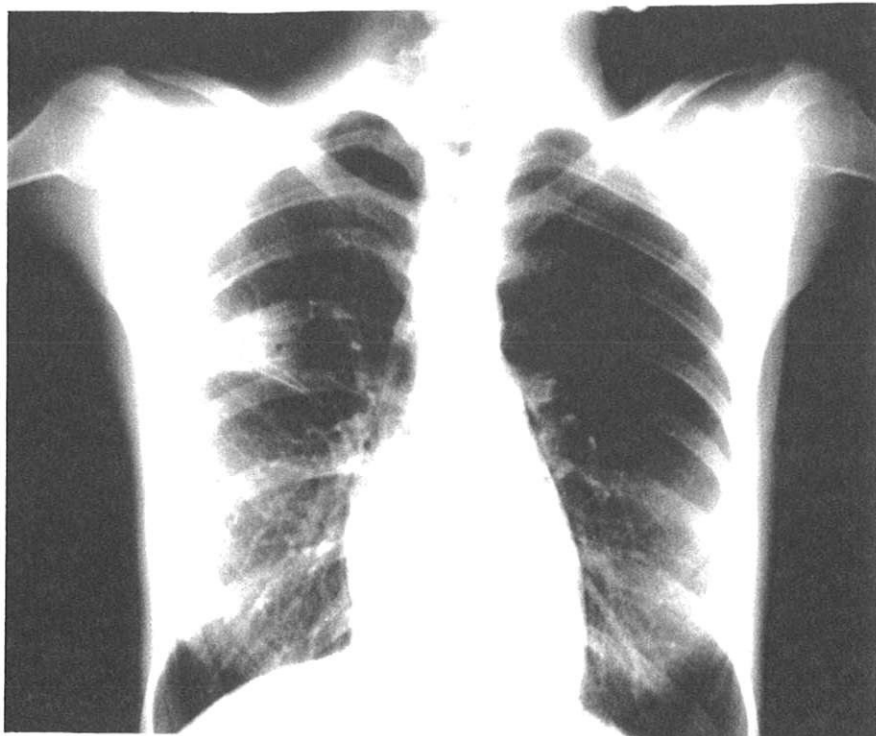
\* \* \* \*

EPILOGUE

La pneumopathie ici contée n'a pas eu de suites fâcheuses. En fait, elle a tout de même fait parler d'elle...

\* Au début de 1991, LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE de cette jeune femme s'est aggravée au point que, après de multiples réflexions et le recours à l'avis d'un Service parisien spécialisé, l'indication a été posée d'une COLECTOMIE TOTALE respectant uniquement le rectum. Cette intervention a littéralement transformé la malade qui, en 1992, a une vie tout à fait normale.

\* JUSTE AVANT L'INTERVENTION, les anesthésistes ont été intrigués par une image résiduelle du cliché pulmonaire, au niveau du champ droit. L'aspect pouvait évoquer un aspergillome et l'indication a été quasiment imminente d'une INTERVENTION D'EXERESE à ce niveau, avant la colectomie...



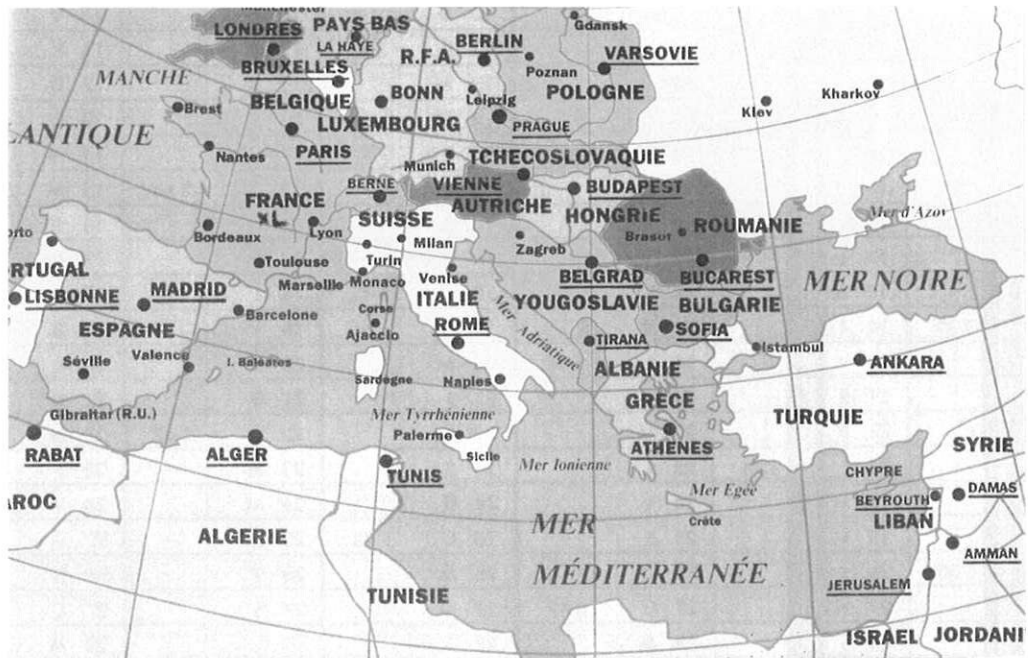
La malade a "appelé au secours" les médecins qui avaient soigné la pneumopathie : le contact entre les Services a évité de justesse une chirurgie qui eût été bien inutile...

# # # # # # # # # #

Les cathéters centraux (tunnellisés ou chambres implantables) facilitent les accès vasculaires (veineux ou artériels). L'indication essentielle est la polychimiothérapie antimitotique au long cours et s'adresse à des malades dont le capital veineux est altéré ou épuisé. Ils permettent de disposer d'un abord veineux profond et fiable améliorant la qualité de vie des malades et diminuant considérablement les risques infectieux. Divers incidents ont été décrits en rapport avec ces cathéters ; celui-ci reste exceptionnel.

## UNE MALADIE PERIODIQUE

Une pathologie inattendue en Limousin.

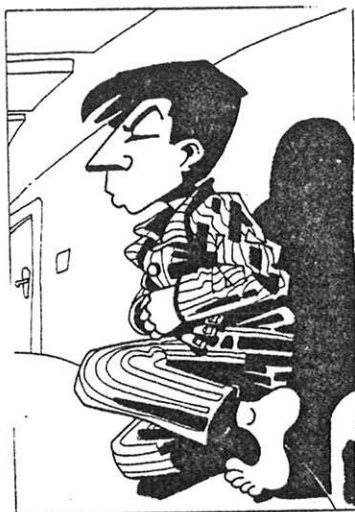


Les rivages propices à la maladie périodique : le bassin méditerranéen.

Monsieur Jean-Pierre P... a, depuis l'âge de 17 ans, soit depuis 1979, une pathologie univoque faite de

### CRISES DOULOUREUSES ABDOMINALES INTENSES

\* entraînant une ATTITUDE ANTALGIQUE impressionnante : il s'accroupit, dos au mur, replié sur lui-même,



2 mois,

\* ACCOMPAGNEES DE DIVERSES ANOMALIES

- dont 6 sont CONSTANTES

- 1 - FIEVRE > 38°5 voire 39°
- 2 - ENANTHEME (pharyngé) franc et diffus
- 3 - ARTHRALGIES discrètes, variées, sans fluxion
- 4 - SPLENOMEGALIE
- 5 - LEUCOCYTOSE avec POLYNUCLEOSE (environ 20000  
83 % de P.N.)
- 6 - VS environ à 100 mm avec une modification identique  
des autres marqueurs de l'inflammation

- et 2 INCONSTANTES

- 1 - adénopathies superficielles, plusieurs fois
- 2 - inflammation scrotale, 1 fois.

\* DE RESOLUTION SPONTANEE en 2 à 6 jours.

Jusqu'en 1981, 3 hospitalisations en Service de Pathologie Digestive ont permis d'évoquer - mais sans preuve patente - l'hypothèse de CRISES PANCREATIQUES.

\* En 1981, CE MALADE, qui a alors 19 ans, est admis dans un Service de Médecine Interne. Après discussion avec le Service où il était précédemment admis, il apparaît effectivement qu'on ne peut affirmer l'existence d'une pathologie PANCREATIQUE :



- clinique incomplète (seuls les caractères des douleurs avaient fait suivre cette piste initiale)
- biologie pancréatique toujours normale, triglycéridémie normale, pas d'éthylisme (VGM, gammaGT normaux...)
- échographie et scanner du pancréas normaux ; pas de lithiase biliaire.

. CE QUI EST PREOCCUPANT c'est, d'une manière récente

#### L'AGGRAVATION DES CRISES EN FREQUENCE ET INTENSITE

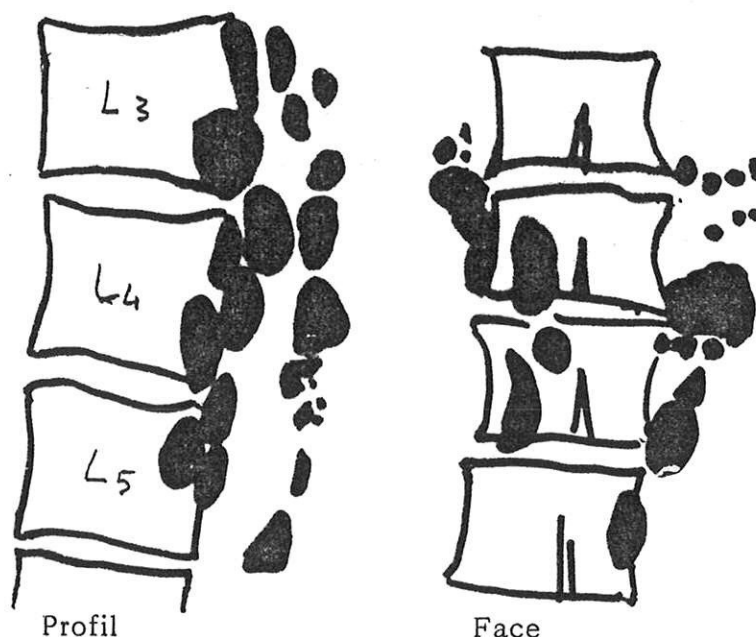
avec entrave TOTALE à la vie socio-professionnelle : l'apprentissage d'ébéniste est compromis, en particulier.

. LA REFLEXION SUR LE DOSSIER va permettre l'élimination successive de multiples étiologies, en partant des plus ORDINAIRES (digestives, infectieuses, rhumatologiques...) pour aller vers les plus RARES :

- maladie de MARCHIAFAVA-MICHELI
- maladie de STILL de l'adulte
- saturnisme
- oedème angioneurotique
- porphyrie...

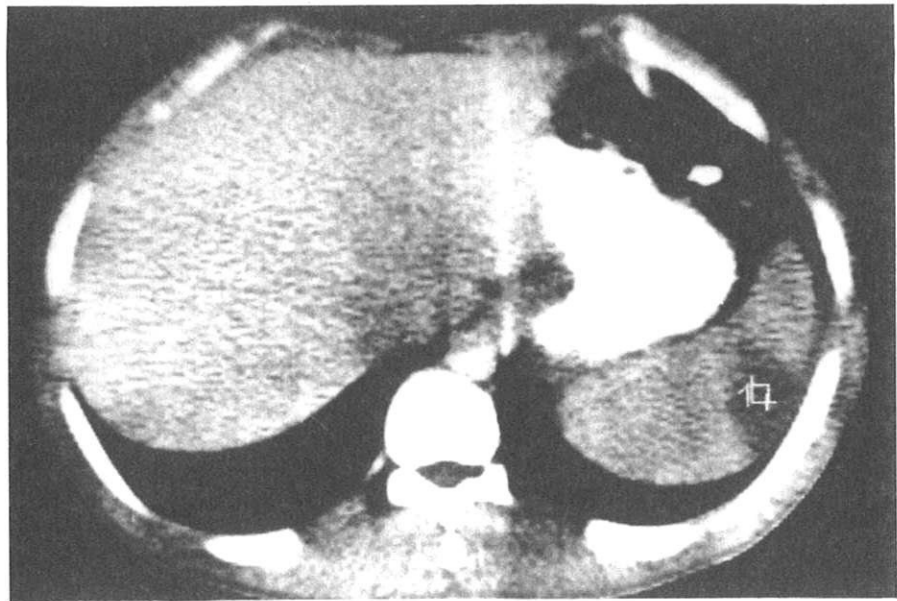
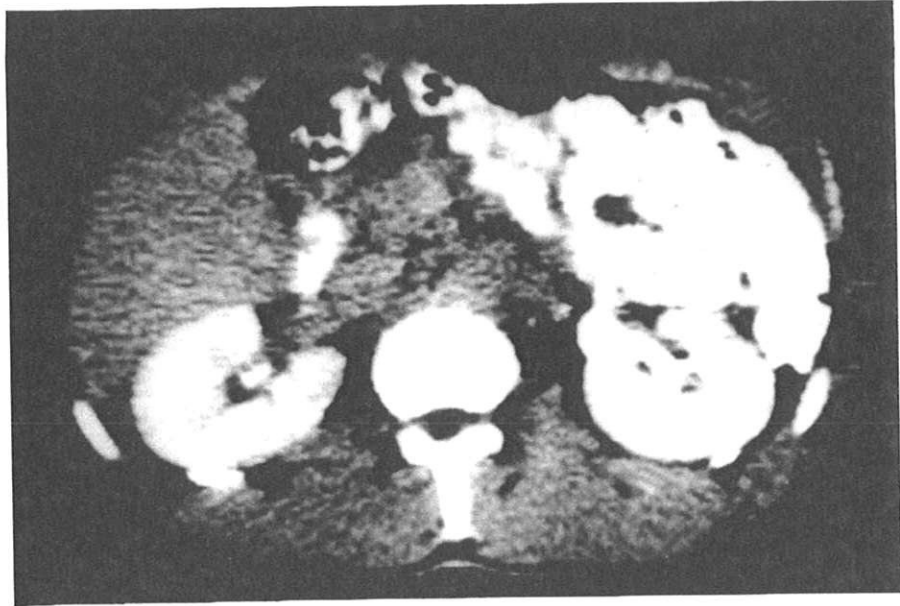
avec la VOLONTE MAJEURE DE NE PAS MECONNAITRE UN LYMPHOME à évolution fluctuante, dans la mesure où

1 - LA LYMPHOGRAPHIE montre un groupe ganglionnaire douteux en regard de L2-L3



LYMPHOGRAPHIE

2 - LE SCANNER ABDOMINAL révèle des ADENOPATHIES indiscutables [1] et une RATE HYPERTROPHIEE, INHOMOGENE, SUSPECTE [2].



MAIS ni la BIOPSIE GANGLIONNAIRE ni le MYELOGRAMME, ni la B.O.M. ne sont significatifs.

\* LA DECISION EST DONC PRISE... et acceptée enfin en 1983...  
de recourir à

### UNE LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

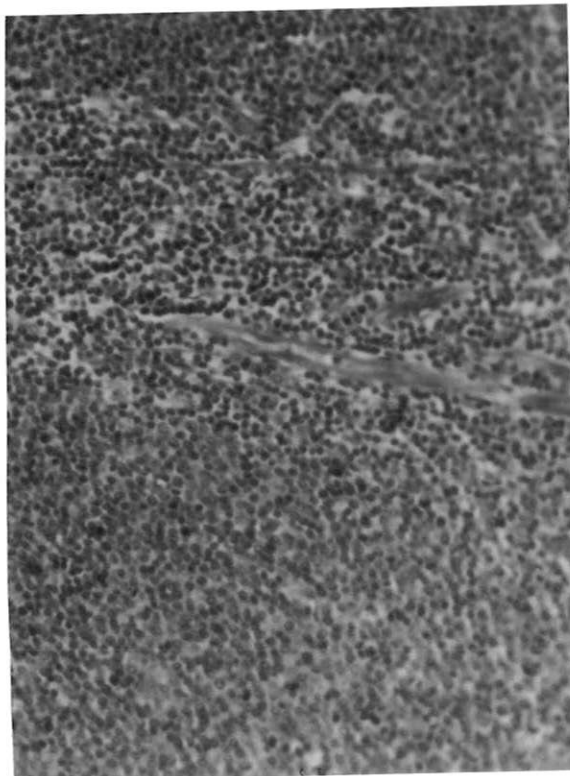
- . Il existe une SPLENOMEGALIE ---> splénectomie
- . Il existe une HEPATOMEGALIE ---> biopsies hépatiques
- . Il existe une IMPORTANTE COULEE GANGLIONNAIRE enchassant tout le pied du mésentère ---> plusieurs prélèvements;  
l'ensemble évoquant, pour un chirurgien expérimenté et habitué à la chirurgie "hématologique" une pathologie maligne probable.

MAIS LES CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES NE SONT PAS SPECIFIQUES

- Ganglion axillaire : lymphadénite chronique commune, comme dans l'une des 100 observations arméniennes de MALADIE PERIODIQUE DE SCHWABE et PETERS (1974). Il faut dire que les biopsies ganglionnaires superficielles sont rares dans ces observations.

- Ganglion mésentérique : lésions granulomateuses nodulaires, pouvant évoquer une YERSINIOSE, mais les SERO-DIAGNOSTICS seront négatifs.

- Splénomégalie : pulpe rouge très congestive, sans spécificité, comme dans les observations de MALADIE PERIODIQUE de HELLER (1958) ET DE EHRENFELD (1961).



- Foie : tissu hépatique normal.

\* DES LORS, L'HYPOTHESE est retenue

D'une

MALADIE PERIODIQUE

1 - SUR 2 ARGUMENTS qui correspondent aux données de la littérature

- le début avant l'âge de 20 ans
- les crises répétées et identiques.

2 - MALGRE 2 FAITS NEGATIFS importants

- l'absence d'autres cas familiaux
- l'origine ethnique "LIMOUSINE" ancienne : l'enquête généalogique sanguine concernant parents et grands-parents montre simplement... une compatibilité dans la filiation - mais on comprendra qu'une telle enquête se heurte à des difficultés éthiques.

IL EST DONC DECIDE

- après réalisation de diverses BIOPSIES excluant une amylose
- de traiter par

COLCHICINE 1 mg/jour

\* L'EVOLUTION EST SPECTACULAIRE

- les crises sont espacées et atténuées.
- la REHABILITATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE peut s'accomplir.

ET LE REcul, qui est actuellement de 13 ans, permet vraisemblablement de maintenir le diagnostic

DE MALADIE PERIODIQUE  
CHEZ UN SUJET NON ETHNIQUEMENT PREDISPOSE.

- Actuellement, l'examen clinique demeure normal, il n'existe ni protéinurie ni amylose

- L'aspect macroscopique et microscopique des adénopathies mésentériques est surprenant et contraste avec les données de la littérature.

- Ce cas sporadique de MALADIE PERIODIQUE pose la question difficile d'une mutation génétique ponctuelle. Quoi qu'il en soit, la littérature fait état de quelques cas identiques touchant des sujets n'appartenant pas aux populations habituellement concernées.

EN RESUME

---

\* LA FAUSSE PISTE était celle d'une pathologie PANCREATIQUE. En fait, elle a été évoquée faute d'autres hypothèses initiales cohérentes - et pendant un temps bref.

\* LE VRAI DIAGNOSTIC doit être considéré comme uniquement TRES VRAISEMBLABLE. On sait que "souvent, le médecin fonde sa décision sur des probabilités, et non des certitudes." (Jean HAMBURGER). Le recul fait vraiment pencher la balance en faveur d'une MALADIE PERIODIQUE.

# # # # # # # # # #

La maladie périodique ou fièvre méditerranéenne familiale des anglosaxons est une affection d'étiologie inconnue, transmise sur un mode autosomique récessif. Elle se manifeste à intervalles irréguliers par la survenue d'accès inflammatoires des séreuses avec fièvre et intenses phénomènes douloureux, sans signe clinique, biologique ou histologique pathognomonique. La principale complication est l'AMYLOSE de type secondaire aggravant le pronostic. Le traitement quotidien par COLCHICINE permet de prévenir la survenue des crises et l'apparition des dépôts amyloïdes.

## IV - ANALYSE DES OBSERVATIONS

Ces trente observations, qui sont toutes envisagées sous le seul angle de la démarche diagnostique, ne sont donc pas détaillées, volontairement, quant à la pathologie ou aux associations pathologiques qu'elles décrivent.

Il reste à les analyser, en 3 séries de 10 pour une simple raison de commodité, en essayant de déduire de cette analyse, non pas une critique négative, qui ne serait ni loyale ni cohérente, mais au contraire un système de PARADE à l'égard de l'ERRANCE initiale et du retard au diagnostic.

IV - 1 - PREMIERE SERIE : OBSERVATION 1 à 10

OBSERVATIONS	FAILLES	PARADE
1 Absès du poumon	*Pérennisation d'une hypothèse fausse *Investigation incomplète sur une zone douloureuse	Ouverture du "champ visuel"
2 Fièvre "Q"	*Méconnaissance d'un élément biologique	Lecture incomplète du dossier
3 Fausse embolie pulmonaire	*Absence d'examen clinique *Absence de clichés du thorax	Rigueur de la prise en charge
4 Pleurésie purulente du nourrisson	*Mère non écoutée *Attention insuffisante à 2 anomalies (météorisme de l'enfant, furoncle de la mère) *Cliché pulmonaire systématique non effectué	Rigueur de la prise en charge
5 Péritonite asthénique	*L'ASP doit être ici systématique, en raison de la corticothérapie	Rigueur de la prise en charge
6 Hyperthyroïdie	*Méconnaissance du nodule thyroïdien dans un contexte de FA + agitation	Rigueur de la prise en charge
7 CMNO	*L'organe qui "parle" n'est pas celui qui est en cause	Rigueur de la prise en charge
8 Méningiome	*Interrogatoire insuffisant d'un malade céphalalgique	Interrogatoire complet
9 Purpura fulminans	*Pas de faille-ce qui confirme qu'il faut savoir en cas de besoin...	*Revoir *Réévaluer une situation
10 Ascaridiose	*Probablement l'absence d'une vertu...	Le bon sens



IV - 2 - DEUXIEME TRANCHE : OBSERVATIONS 11 à 20

OBSERVATIONS	FAILLES	PARADE
11 Spondylodiscite tuberculeuse	*Méconnaissance de 2 antécédents	Connaissance précise des antécédents
12 Spondylodiscite staphylococcique	*Pérennisation d'une hypothèse fausse	Ouverture du "champ visuel"
13 Botulisme	*Ignorance ou oubli d'une pathologie "classique"	Devant tel signe, savoir penser à...
14 H.S.D.	*La faille eût été de se contenter d'une explication facile et de ne pas réévaluer le malade	*Revoir *Réévaluer
15 Phéochromocytome	*Malade "tronçonné" (un médecin différent pour chaque symptôme) Une vision globale est fournie par...	L'échographie, "sixième sens de l'Interniste"
16 Maladie de Crohn	*Méconnaissance d'un antécédent	Connaissance précise des antécédents
17 Tumeur carcinoïde	*La faille eût été d'accepter un diagnostic de facilité (problème "rhumatismal")	L'échographie, "sixième sens de l'Interniste"
18 Kyste hydatique	*Pérennisation d'une hypothèse fausse	Ouverture du "champ visuel"
19 Hépatite au cotrimoxazole	*Stagnation sur les hypothèses les plus banales : hépatite A, lithiase...	Ouverture du "champ visuel"
20 Tumeur villeuse	*Stagnation sur une hypothèse facile	Ouverture du "champ visuel"

IV - 3 - TROISIEME TRANCHE : OBSERVATIONS 21 à 30

OBSERVATIONS	FAILLES	PARADE
21 Coma d'origine rectale	*Méconnaissance d'un signe	Rigueur de la prise en charge
22 P.A.N.	*Stagnation sur un diagnostic de facilité *Méconnaissance d'un signe	Rigueur de la prise en charge
23 Myélome + LED	*"Obstination" sur une seule maladie	Ouverture du "champ visuel"
24 Maladie de Steinert	*Stagnation sur une hypothèse facile mais ici il fallait	Avoir déjà vu...
25 Angiomyolipo- fibrome du rein	*Pas de vraie faille : pathologie exceptionnelle	L'échographie, "sixième sens de l'Interniste"
26 SIDA	*La faille eût été de ne pas évoquer une maladie "nouvelle"	Savoir penser à...
27 Syndrome de Sheehan	*La faille eût été de ne pas évoquer une pathologie endocrinienne	Savoir penser à...
28 Paraffinose pulmonaire	*Interrogatoire incomplet *Liquide du LBA mal regardé	Rigueur de la prise en charge
29 Pneumopathie sur cathéter central	*Radiographie lue incomplètement	Rigueur de la prise en charge
30 Maladie périodique	*La faille eût été de ne pas...	Persévérer !

#### IV - 4 - RECAPITULATION

##### IV-4-A - IL FAUT REMARQUER

que, dans les 30 observations rapportées, quels qu'aient été les cheminements tortueux ou les éventuels retards, la démarche diagnostique a toujours eu un aboutissement correct. D'ores et déjà se manifeste, dans cette démarche, l'intérêt du travail d'EQUIPE qui est celui de la médecine hospitalière : il y a toujours, sur tel ou tel malade, selon tel ou tel moment de l'évolution, un regard plus apte que les autres à saisir tel ou tel détail qui donnera la clé du problème .

##### IV-4-B - LE FAIT DE CONSTATER

que, 7 fois sur 30, il n'y a pas eu de faille véritable est, en soi, rassurant. S'il n'y a pas eu d'erreur vraie, dans ces 7 cas, il existait toutefois constamment un PIEGE. L'analyse des 30 observations consiste donc à considérer LES PIEGES et à tenter de définir la meilleure façon de les déjouer.

##### IV-4-C - ACCESSOIREMENT

Il faut noter que 2 seulement des diagnostics, sur 30, reposent sur des arguments exclusivement cliniques : celui de la MALADIE DE STEINERT et celui de la MALADIE PERIODIQUE. Tous les autres relèvent de techniques paracliniques : biologie, échographie, radiologie, endoscopie, anatomo-pathologie...

##### IV-4-D - LES PARADES

peuvent certainement apparaître comme des lieux communs. On peut toujours affirmer qu'il faut "tout voir", "tout prendre en compte", "ne rien oublier", "ne rien négliger". Mais la réalité médicale quotidienne est malheureusement riche d'obstacles, de situations imprécises, de FAUSSES PISTES

qui égarent le praticien, d'une manière éphémère ou plus tenace. Le stress de l'urgence peut troubler momentanément la réflexion. La conscience altérée d'un malade ou l'absence de sa famille peuvent soustraire un élément capital à la compréhension d'une pathologie. Enfin, les masques peuvent être perfides. Aussi n'est-il pas superflu, sachant que la perfection n'est pas de ce monde, de définir et de prôner, avec humilité, certaines injonctions qui sont autant de "parapets" indispensables.

#### IV-4-D-1- LA RIGUEUR DE LA PRISE EN CHARGE

n'est pas simplement un voeu pieux ou une banalité. Elle a été en défaut 9 fois sur 30. Il n'est pas indifférent de revoir les situations ainsi potentiellement compromises.

\* Dans l'observation 3, la crainte d'une embolie pulmonaire du post-partum ne doit en aucun cas exclure l'examen clinique des poumons ni la pratique d'un cliché thoracique, gestes plus simples, en tout état de cause, que l'ECG et la demande biologique.

\* Dans l'observation 4, l'état fébrile d'un nourrisson, s'il s'associe à un météorisme, doit amener à chercher une cause à celui-ci ; s'il intrigue la mère, doit aussi intriguer le médecin ; s'il dure, doit faire réaliser un cliché pulmonaire systématique.

\* Dans l'observation 6, le désordre psychique d'une femme âgée qui a une F.A. oblige à regarder et palper sa glande thyroïde.

\* Dans l'observation 7, les anomalies biologiques hépatiques ne dispensent pas de l'examen clinique, lequel plaidera manifestement pour le coeur.

\* Dans l'observation 21, si l'examen clinique est total, il perçoit certainement l'écoulement glaireux.

\* Dans l'observation 22, il en est de même pour le livedo racemosa.

\* Dans l'observation 28, ce sont à la fois l'interrogatoire insuffisant et le regard trop rapide sur le liquide de lavage alvéolaire qui pêchent.

C'est justement parce que les failles sont parfois multiples qu'il faut, DEVANT TOUTE SITUATION POTENTIELLEMENT GRAVE, avoir une

PRISE EN CHARGE GLOBALE

#### IV-4-D-2- L'OUVERTURE DU "CHAMP VISUEL" DU MEDECIN

ne procède pas exactement de l'exigence de rigueur ci-dessus valorisée. Elle concerne des situations généralement moins sévères où les symptômes ont tendance à constituer une CIBLE par trop étroite. Cette attitude consiste à ne pas fixer son attention

- sur le seul rachis de l'observation 1
- sur le seul rein des observations 12 et 18
- sur les seules hypothèses faciles de l'observation 19
- sur le médicament (et sur lui seul) de l'observation 30
- sur le seul myélome de l'observation 28.

Autrement dit, comme dans une enquête policière, l'important est

de NE PAS VOIR QUE LE COUPABLE APPARENT

Si l'on persiste à penser qu'il s'agit encore d'une attitude de rigueur, elle peut alors s'appliquer, par exemple, EN SECONDE INTENTION : on commence par s'intéresser au suspect "numéro 1" puis on élargit l'investigation. Il n'est pas obligatoire, en effet, d'"épouser" la conviction d'un malade ni même le diagnostic d'un confrère, ce qui ne veut pas dire que l'on n'en tient pas compte.

#### IV-4-D-3- L'INTERROGATOIRE MINUTIEUX

paraît devoir être... la moindre des choses. Il reste toujours essentiel, à telle enseigne qu'une des habitudes du Service où ce travail est réalisé est d'avoir, à la première page de chaque dossier, quelques "cases à remplir" obligatoires - et, dans ce but, imprimées (cf page suivante). On ne peut se passer, pour un céphalalgique, d'avoir des renseignements sur sa vision. La notion d'une profession conditionne parfois un diagnostic (même si elle risque, comme dans l'observation 24, d'égarer celui-ci). Tout est important dans les questions posées au malade - ou à son entourage - ne serait-ce que le CONTACT HUMAIN que ces questions engendrent et entretiennent, en un temps où le reproche est assez largement décoché à la médecine de devenir une science froide et impersonnelle.

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

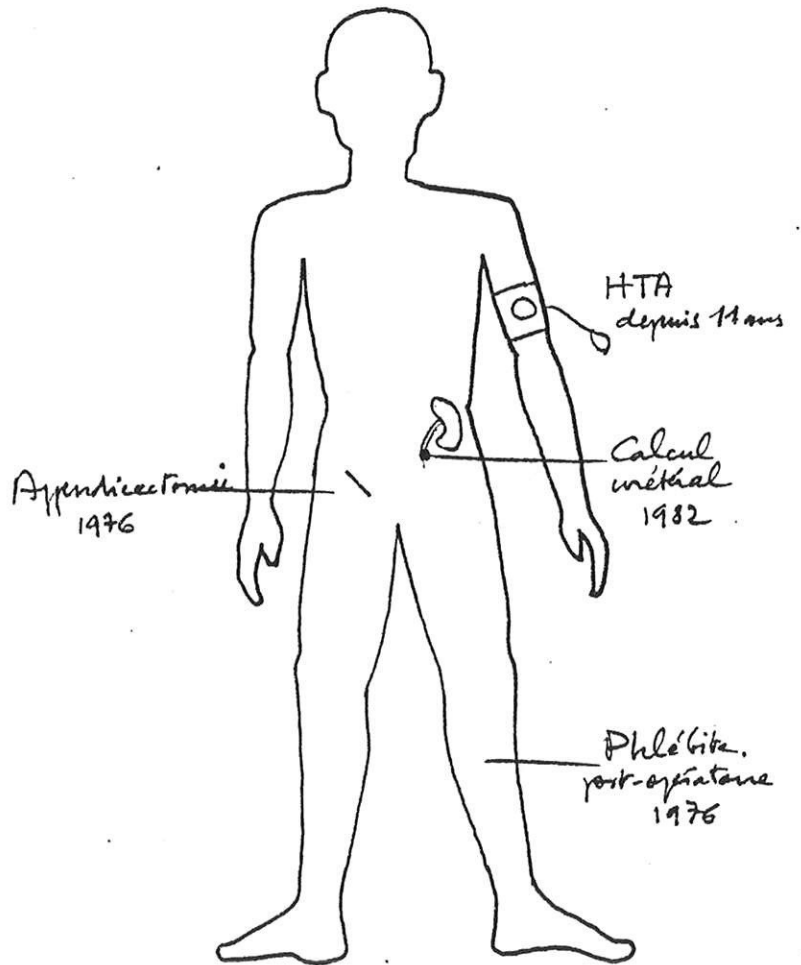
\_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS

Voyages hors de France :

\_\_\_\_\_

<u>Profession :</u>
<u>Habitat</u> (Urbain, rural, conditions de logement...)
<u>Animaux</u> (ovins, bovins, chiens, chats, oiseaux, autres...)
<u>Allergies</u>
<u>Toxiques</u> (Professionnels, médicamenteux, polluants, alcool, tabac...)
<u>Habitudes</u> (régliste, chasse, pêche, sport...)



IV-4-D-4- BIEN S'INFORMER DES ANTECEDENTS

est une vertu cardinale. Ils sont souvent révélateurs. Ainsi, dans l'observation 11, ils sont 2 plutôt qu'1 à mettre sur la voie d'un MAL DE POTT que dissimulaient des faits trompeurs (cependant réels) - et dans l'observation 16, la notion des rectorragies pouvait évoquer la MALADIE DE CROHN bien avant que son évolution ne s'aggrave. La première page du dossier reproduite à la page n° 213 comporte un schéma corporel qui semble commode pour avoir une vision synoptique des antécédents, tout au moins dans leur localisation.

IV-4-D-5- LA LECTURE COMPLETE DU DOSSIER

qui se trouve en défaut dans l'observation 2, peut sembler une nécessité qui se confond avec les impératifs précédents. En réalité, si elle est, certes, illustrée par cet exemple, elle s'adresse surtout à des PATHOLOGIES COMPLEXES où il est important, "à tête reposée", de "reprendre" un dossier, de le "staffer" et de susciter ainsi, ou bien la mise en valeur spontanée d'un détail qui était passé inaperçu, ou bien l'attention d'un des membres de l'équipe médicale qui est sensibilisé plus que les autres à tel ou tel élément pathologique. Elle constitue fréquemment la GARANTIE de la qualité d'une prise en charge, par la valeur donnée à toutes les nuances d'une maladie ou d'un malade. Elle est généralement le fait d'une réflexion de SECONDE INTENTION. On pourrait ajouter qu'aucun malade, idéalement, ne devrait quitter un Service sans que cette lecture complète soit, fût-ce au dernier moment, réalisée.

IV-4-D-6- REVOIR, REEVALUER UNE SITUATION

pathologique difficile est, constamment, une OBLIGATION. Dans l'observation 14, le discret "flottement" de conscience d'un malade âgé qui a émergé d'un coma hypoglycémique mais garde une pneumonie très fébrile amène à se poser la question de l'étiologie de l'hypoglycémie - et à trouver l'HSD. Que



dire de l'observation 9, où le médecin a cette suprême intelligence de quitter son lit au creux de la nuit et de découvrir le PURPURA FULMINANS totalement imprévisible ! Chacun connaît les mérites de la CONTRE-VISITE vespérale, où l'on perçoit tel changement dans l'état d'un malade, telle modification de sa courbe thermique, de son faciès ou de sa doléance qui vont alerter le praticien et le guider vers une vérité insoupçonnée. L'échappement à une thérapeutique est le meilleur des exemples : le diagnostic n'était pas le bon...

#### IV-4-D-7- SAVOIR PENSER A...

Devant tel signe ou telle association de signes, c'est le plus éminent résultat de l'EDUCATION MEDICALE : FORMATION HOSPITALIERE et LECTURE DES TRAITES permettent cette admirable mémorisation des grands principes de la médecine, cette acquisition des grands "réflexes" qui sont enseignés par les maîtres dans le compagnonnage des études. Nul ne peut apprendre seul le sens "hypophysaire" de la pâleur d'albâtre ou la valeur "botulinique" de la presbytie aiguë. Bien des maîtres ont été tentés de résumer l'essentiel de leur enseignement en quelques formules lapidaires - et bien des élèves frappés à tout jamais par les "diagnostics urgents" d'Henri MONDOR ou par cette grossesse extra-utérine à laquelle, même si l'on y pense toujours, on ne pense encore jamais assez. On voudrait, en réunissant la "substantifique moelle" des enseignements, imaginer un traité idéal qui permettrait de ne jamais méconnaître, sous un faux aspect bénin, le mélanome malin ou, sous un prurit, le lymphome hodgkinien et de traquer toutes les pathologies curables dès leur moindre balbutiement.

#### IV-4-D-8- AVOIR DEJA VU...

est une "bonne pratique" voisine et de même provenance. On ne peut improviser, pour nombre de tableaux cliniques. Il faut avoir posé ses yeux sur une DERMATOPOLYMYOSITE pour reconnaître toutes les autres, et le malade de

l'observation 24, qui a une MALADIE DE STEINERT, ne s'oublie pas. Sans aller jusque là, comment faire sans erreur le diagnostic d'une VARICELLE quand on n'en a jamais vu la moindre "bulle en peau saine" ? La fréquentation des Services hospitaliers est irremplaçable et le stage chez le praticien vient y apporter un appréciable complément. On pourrait ajouter que "voir" ne suffit pas, qu'il faut aussi avoir palpé le "ventre de bois" de la péritonite et cherché à fléchir la nuque de la méningite. Tout se résume, évidemment, à la valeur sans égale de l'EXPERIENCE PERSONNELLE, qui commence toujours auprès des aînés.

#### IV-4-D-9- L'ECHOGRAPHIE

peut apparaître comme insolite, ainsi placée aux côtés de diverses attitudes de type intellectuel. En fait, elle a pris, en 1992, une importance considérable, grâce en particulier aux appareils portables qui, au lit du malade, permettent de compléter un examen clinique sans prendre beaucoup plus de temps. Pour de nombreux praticiens, elle est devenue - à condition d'être utilisée au terme d'une formation de bonne qualité - "la troisième main du médecin" ou "le sixième sens de l'interniste". Parmi les 30 malades cités, on ne peut que légitimer son intérêt majeur pour la "fracture" rénale par ANGIOMYOLIPOFIBROME, les métastases de la TUMEUR CARCINOIDE et le PHEOCHROMOCYTOME. En ce qui concerne ce dernier cas, il n'est pas indifférent de voir, grâce à l'échographie, se "discipliner" sous une seule et unique étiquette des symptômes divers qui aboutissaient à "morceler" un malade : le diabète était entre les mains du diabétologue, la constipation sous la férule du gastro-entérologue et le reste, selon les doléances, aux bons soins de plusieurs autres praticiens - chacun veillant correctement à l'exécution de sa tâche, mais sans qu'une utile synthèse soit accomplie.

L'échographie a le double avantage d'être anodine et de conduire à des diagnostics rapides, soit en confirmant par ses images ce que détectait

l'examen clinique, soit en découvrant ce qui demeurait mystérieux : le souvenir nous est précis d'un malade fébrile dont la pathologie n'était éclairée ni par la clinique ni par un lourd faisceau d'examens complémentaires et qui avait - vite traqué par les ultra-sons - un ABCES HEPATIQUE A ACTINOMYCES ISRAELI, ponctionné sous échographie, puis opéré et guéri. Sans doute faudra-t-il le plus souvent compléter les données échographiques par d'autres imageries, telles que la tomодensitométrie - mais elles ouvrent volontiers les PISTES avec un judicieux talent et permettent, si examen TDM il y a, de le cibler beaucoup mieux.

#### IV-4-D-10- LE BON SENS,

cher à DESCARTES, ne devrait jamais perdre ses droits. Il est, en médecine, d'une insigne valeur. Chez le malade de l'observation 10, qui n'était nullement inquiétant en dépit de doléances réitérées et crédibles, ne fallait-il pas recourir à un examen simple - en l'occurrence un banal TRANSIT DU GRELE - avant de porter l'angoisse d'une hypothèse grave au sein d'un homme et de toute une famille ? Ce bon sens est la sage attitude qui adapte les investigations aux évènements et maîtrise les idées comme les dépenses. Resserrer les hypothèses n'est pas obligatoirement fermer son champ visuel - à condition de savoir procéder à son ouverture quand celle-ci s'avère indispensable.

#### IV-4-D-11- LA PERSEVERANCE,

enfin, est cette obstination méticuleuse, acharnée, progressive qui va obtenir un diagnostic difficile si elle est étayée logiquement dans ses étapes successives, expliquée au patient à chaque nouveau pas et déterminée par une volonté d'efficacité. La MALADIE PERIODIQUE de l'observation 30 lui doit son incontestable amélioration.

\* \* \* \* \*

Il se pourrait, en définitive, que la seule conduite à observer soit celle de la RIGUEUR, rapportée à toute la démarche qui conduit au diagnostic. Mais le mode d'action varie en fonction du CONTEXTE, du caractère AIGU ou CHRONIQUE des maladies, de la COOPERATION parfaite ou discutable des malades, de leur AGE, des faits univoques ou de la POLYPATHOLOGIE, de la PSYCHOLOGIE des êtres et de leur entourage. Aussi persisterons-nous dans cette liste, non exhaustive et modestement établie, de 11 "AUTO-COMMANDEMENTS" qui se dégagent de 30 dossiers, analysés sous l'angle des pièges plus ou moins difficiles qu'ils ont offerts à une équipe de praticiens.

Il faut donc...

IV - 5 - 11 "AUTO-COMMANDEMENTS"

- 1 - UNE RIGUEUR DANS LA PRISE EN CHARGE  
constituant une vision globale
- 2 - UNE OUVERTURE DU "CHAMP VISUEL"  
chaque fois qu'il court le risque d'être rétréci
- 3 - UN INTERROGATOIRE MINUTIEUX  
source d'informations essentielles et de contact
- 4 - UNE NOTION PRECISE DES ANTECEDENTS  
qui peuvent conduire à des perspectives directes
- 5 - UNE LECTURE COMPLETE DU DOSSIER  
en première, seconde et ultime intention
- 6 - REVOIR ET REEVALUER TOUTE SITUATION  
qui n'est pas rapidement clarifiée
- 7 - SAVOIR PENSER A...  
tel diagnostic devant tel signe riche de sens
- 8 - AVOIR DEJA VU...  
ce qui procède irremplaçablement de l'expérience
- 9 - CONNAITRE LA VALEUR DE L'ECHOGRAPHIE  
technique non invasive et performante
- 10 - AVOIR DU BON SENS  
en toutes circonstances
- 11 - ET PERSEVERER  
pour tout diagnostic difficile indispensable

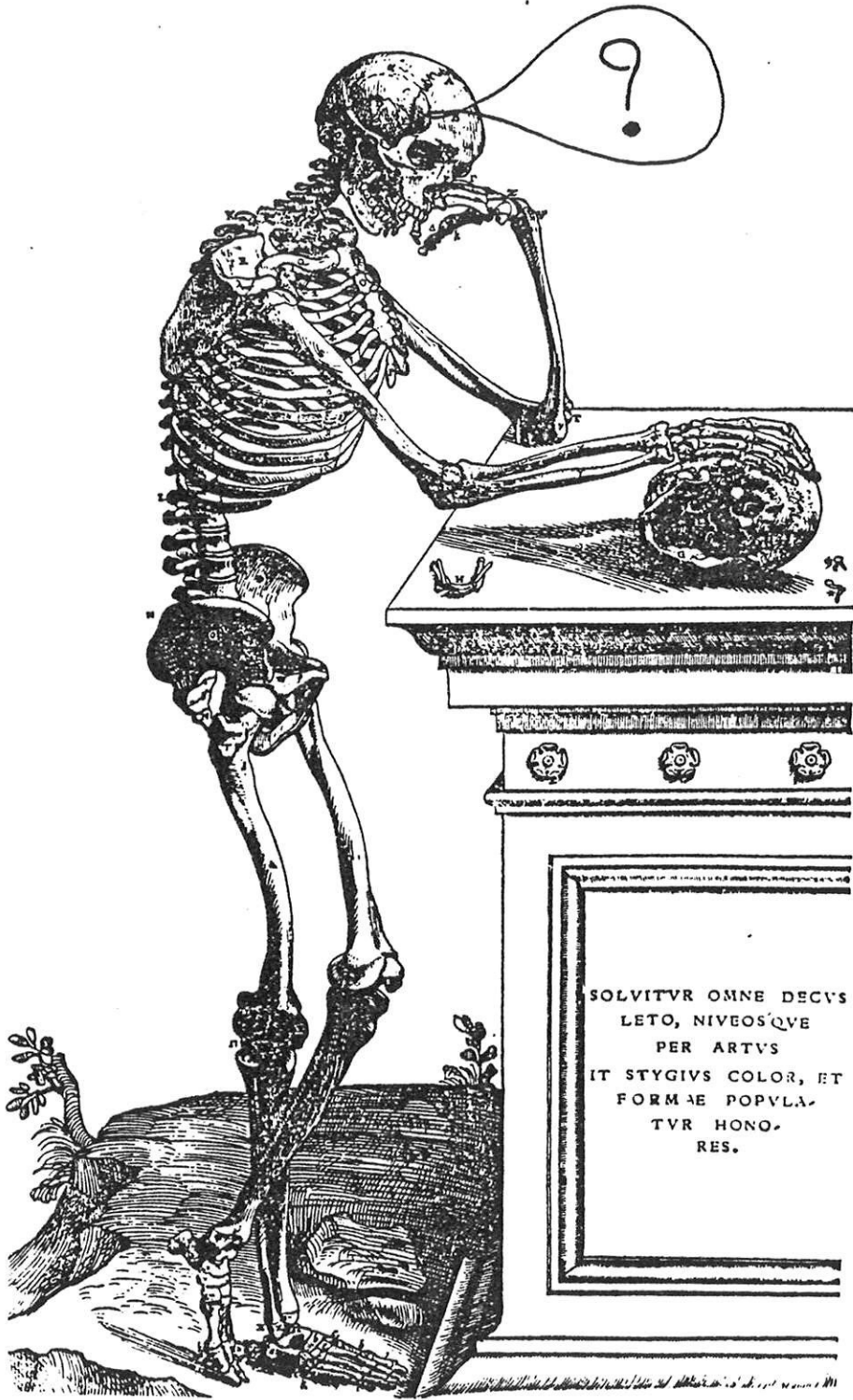
Beaucoup de ces "commandements" sont plutôt affaire personnelle.  
Mais les injonctions 7, 8 et 9 ne peuvent émaner que d'une formation bien comprise.

## V - POUR CONCLURE

"Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés."

CODE DE DEONTOLOGIE

Article 36



SOLVITVR OMNE DECVS  
LETO, NIVEOSQVE  
PER ARTVS  
IT STYGIVS COLOR, ET  
FORMAE POPVLA-  
TVR HONO-  
RES.

— Squelette. Planche tirée de de *Corporis Humani* d'André VESALE

Pour conclure, le risque est grand, sans doute, quels que soient les dossiers étudiés et les angles sous lesquels ils sont abordés, de n'aboutir à aucune idée originale. "Tout est dit", soupirait le pessimiste LA BRUYERE, "depuis plus de deux mille ans qu'il y a des hommes, et qui pensent". Trois siècles se sont écoulés depuis lors, et il y a cependant peu de sujets qui aient accaparé l'esprit des médecins autant que ce problème de la démarche diagnostique, de l'antiquité à nos jours.

## V - 1 - UN PEU D'HISTOIRE

Quatre siècles avant notre ère, HIPPOCRATE avait la juste conscience de ses imperfections, considérant qu'il observait des symptômes plus qu'il ne définissait des maladies, sa préoccupation principale n'étant pas le diagnostic mais plutôt l'explication des phénomènes morbides, la ligne de conduite thérapeutique et surtout le pronostic. Qui oserait, même à notre époque, ajouter à son traditionnel serment, celui, présomptueux, de ne commettre aucune erreur, par la grâce de l'éblouissant perfectionnement des techniques ?

Les impératifs que nous préconisons n'ont pas la prétention d'être singuliers. GALIEN, déjà, s'attachait méticuleusement aux antécédents de ses malades. AVICENNE menait ses interrogatoires sans faiblesse ni lacunes. SYDENHAM faisait de ses informations rassemblées la plus minutieuse des lectures. CORVISART avait un "champ visuel" exceptionnel, au point de faire dire à NAPOLEON : "Je ne crois pas à la médecine, mais je crois en CORVISART." La rigueur méthodique de LAENNEC demeure exemplaire et TROUSSEAU ne cessait de répéter qu'"il faut voir, toujours voir des malades".



V - 2 - T.D.M., I.R.M. et ORDINATEUR

Ce n'est pas ici le lieu de montrer l'admirable métamorphose de la médecine au cours des dernières décennies. D'ailleurs, quel médecin de 1992 pourrait imaginer d'être privé de scanner ? Les praticiens qui ont exercé leur activité avant l'avènement de la tomodensitométrie ont même quelques peines à se souvenir qu'ils s'accommodaient de son absence. Or, il n'est point actuellement de mois où, dans un Service hospitalier, l'imagerie par résonance magnétique ne vienne déceler des anomalies (essentiellement cérébrales) que le plus affiné des scanners avait totalement ignorées. Les appareillages sont de plus en plus perfectionnés, permettant des diagnostics que l'on espère de plus en plus rapides et précis. Encore faut-il que l'intelligence du médecin fasse le bon choix de la technique à utiliser pour aller droit au but avec le moins possible d'inconvénients.

L'ordinateur est depuis longtemps entré en lice pour le diagnostic. S'il faut en croire LACAINE et HUGUIER, dans un article du Concours Médical de 1982, l'ordinateur s'est montré supérieur aux praticiens dans le diagnostic des urgences abdominales d'un Service de garde : il parvenait à la vérité dans 70 % des cas, distançant les médecins dont le score n'était que de 42 %. D'autres expériences ont été faites, montrant parfaitement que l'intelligence humaine a souvent besoin de stimulation ou d'émulation : dans un autre Service hospitalier, les praticiens parvenaient à une efficacité égale à celle de l'ordinateur quand ils savaient qu'ils se mesuraient à celui-ci ; à l'inverse, s'ils établissaient leurs diagnostics sans savoir que, d'une manière clandestine, l'ordinateur était interrogé simultanément, leur performance devenait inférieure ! Il est évident, en tout état de cause, que l'ordinateur ne peut fonctionner qu'à partir de données que lui fournit l'homme : la qualité de la machine reste donc dépendante de la valeur des informations engrangées, de leur caractère complet, de leur définition détaillée - en bref de la rigueur intellectuelle du programmeur.

### V - 3 - L'ERREUR MEDICALE

L'erreur - cette sempiternelle ennemie - a toujours existé et continuera sans doute de sévir, tant une part d'imprévisible demeure présente dans l'activité médicale, même si tous les efforts sont accomplis pour la vaincre et l'éliminer. L'espoir est qu'elle ne revête plus que des aspects anecdotiques et bénins et que les drames disparaissent. On comprend aisément que, les techniques de diagnostic acquérant une précision croissante, les erreurs prennent, dans l'esprit du public, de mieux en mieux informé par les médias, une signification de plus en plus lourde, voire honteuse. Le temps n'est plus où la confession des erreurs, souvent remarquablement digne, était réservée aux publications médicales ou philosophiques. Pierre MOCQUOT, grand gynécologue, pouvait écrire : "la grossesse extra-utérine est la source de nombreuses erreurs : je les ai personnellement toutes commises". Et dans son livre "De la méthode en médecine", édité en 1951 aux Presses Universitaires de France, René CRUCHET, professeur à Bordeaux, faisait aisément cet aveu :

Voici un fait. Certain jour, dans mon service, après un examen approfondi, je me rangeai à l'avis de l'externe et de l'interne qui avaient soigneusement pris l'observation d'une malade, hospitalisée depuis quarante-huit heures. Et je portai le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Je priai en conséquence mon collègue voisin de chirurgie de venir voir cette femme et de bien vouloir s'occuper d'elle. Il arriva bientôt dans la salle, accompagné de son état-major et de tous ses élèves, et, après examen, me déclara, un peu gêné et narquois, qu'il s'agissait tout simplement de rétention d'urine dans une vessie anormalement dilatée.

Il s'agissait effectivement d'un cas de tabes fruste, qui avait passé inaperçu et qui expliquait parfaitement que cette malade, dont la vessie était insensible, et se vidait mal depuis longtemps, avait pu nous induire en erreur d'une façon aussi totale.

Ce fut pour moi une occasion magnifique de faire, devant tout le service réuni au grand complet, un exposé documenté pour montrer pourquoi nous nous étions trompés et comment il aurait été cependant facile de découvrir la vérité.

Un médecin, dans des cas de ce genre, n'a aucune raison de rougir de ses erreurs.

A l'inverse, Jean HAMBURGER, récemment décédé, a suscité un étonnement majeur, nettement teinté de réprobation, quand, dans une émission télévisée de 1991, il a répondu un "OUI" sans ambages à la question : vous est-il arrivé de vous tromper ? Les journaux et la télévision traitent volontiers à grand bruit de ces erreurs médicales que le public accepte de moins en moins. Une autre émission télévisée, menée par Madame Christine OCKRENT, était entièrement consacrée aux erreurs des médecins il y a quelques mois : elle se terminait sur la photographie d'une femme, médecin généraliste, assassinée par un jeune loubard qui voulait voler son argent, avec, en quelque sorte, cette notion - à peine caricaturée - qu'un médecin sans défauts ne pouvait être qu'un médecin mort !

La situation s'altère également du fait que les investigations à but diagnostique peuvent elles-mêmes engendrer des accidents (quel gastro-entérologue n'a pas, au moins une fois dans sa vie, perforé un colon qu'il explorait, conduisant ainsi son malade à une colostomie provisoire ?).

En outre, le Conseil d'Etat vient d'élargir la notion de responsabilité médicale, comme en témoigne cet article du "Figaro" en date du 11 avril 1992 :

## La « faute » médicale devant le Conseil d'État

Le Conseil d'État vient de franchir une nouvelle étape en matière de responsabilité médicale des hôpitaux publics, en simplifiant et en assouplissant une jurisprudence jusqu'à présent basée sur l'exigence d'une « faute lourde ». Cette décision, prise hier par la section du contentieux, clôt un affaire qui remonte à treize ans, et annule un jugement du tribunal administratif de Rouen prononcé en avril 1986.

Depuis toujours, le régime de responsabilité des hôpitaux publics était différencié en fonction de la cause du dommage. Ainsi, lorsque le préjudice résultait d'erreurs ou de négligences dans l'organisation du service ou d'actes de soins courants, la responsabilité reposait sur une faute simple. En revanche, lorsque des actes médicaux étaient la cause du préjudice, le Conseil d'État estimait que, compte tenu des aléas de toute thérapeutique, seule une faute lourde pouvait engager la responsabilité de l'hôpital. Encore fallait-il définir ce que recouvrait la qualification de « faute lourde ». Cela est désormais dépassé : seul le terme de « faute » sera retenu.

L'affaire sur laquelle le Conseil d'État vient de se prononcer remonte à mai 1979. M<sup>me</sup> V. doit accoucher par césarienne à l'hôpital du Belvédère, à Mont-Saint-Aignan (Seine-Maritime), et les médecins savent, grâce aux examens qu'ils ont pratiqués, qu'il y a risque hémorragique et, en cas d'anesthésie péridurale, risque d'hypotension artérielle. Malgré cela, ils vont accumuler les erreurs : dose excessive d'un médicament à effet hypotenseur

entraînant des troubles cardiaques, péridurale, puis, l'état de la jeune femme se détériorant gravement après l'accouchement, perfusion de plasma décongelé mais insuffisamment réchauffé. Le résultat est immédiat : le cœur s'arrête.

M<sup>me</sup> V. en réchappe, mais garde de graves séquelles (handicap de la jambe et du bras gauche, importants troubles de mémoire) entraînant un préjudice esthétique et moral très lourd et l'incapacité définitive de poursuivre ses activités professionnelles. En outre, avec ses difficultés physiques, M<sup>me</sup> V. peut difficilement s'occuper de ses trois enfants, et c'est son mari qui a dû prendre en charge la majeure partie de l'organisation familiale.

« Considérant, commente la décision du Conseil d'État, que les erreurs ainsi commises (...) constituent une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital, (...) l'hôpital-clinique du Belvédère est condamné à verser à M<sup>me</sup> V. la somme d'un million de francs, et à M. V. la somme de 300 000 francs. (...) Les intérêts échus (...) seront capitalisés pour produire eux-même intérêts. » Au total ce sont donc 4 437 600 francs que toucheront M. et M<sup>me</sup> V.

Dans un communiqué, le Conseil d'État précise cependant qu'une telle évolution ne transformera pas pour autant l'obligation de moyens des médecins hospitaliers en obligation de résultat. L'appréciation de la faute sera toujours évaluée en fonction des difficultés particulières, de l'urgence, de l'état des connaissances et des moyens.

C. D.

Enfin, le grand public a lu depuis longtemps le livre de Jean-Charles SOURNIA, "Ces malades qu'on fabrique". Il est donc édifié largement sur les possibles méfaits de la médecine - mais aussi conscient, il faut l'espérer, de ce fait essentiel que les médecins n'ont pas attendu les amplifications médiatiques pour se pencher sur leurs propres imperfections et pour en troubler leur conscience. Sans doute existe-t-il pourtant peu de non-médecins capables d'imaginer la profondeur de l'émotion et du tourment qui assaillent le médecin quand il a commis une "faute" en dépit de précautions multiples.

Aux U.S.A., la notion d'erreur entraîne les conséquences difficiles que chacun connaît. L'article qui suit (Actualités en Médecine Interne - Angiologie (8), n° 143, novembre 1991) donne la définition américaine de l'erreur - et de son échelle.

Les erreurs diagnostiques sont classées par la World Health Organization en quatre classes. La première classe comprend les erreurs de diagnostic quand le traitement aurait permis probablement d'éviter le décès du patient. La classe II concerne les erreurs de diagnostic pour lesquelles le traitement n'aurait vraisemblablement pas permis d'éviter le décès du patient. La classe III correspond aux erreurs qui ont contribué au décès du patient. La classe IV comprend les erreurs de diagnostic non directement corrélées au décès du patient.

## V - 4 - LES 11 "AUTO-COMMANDEMENTS"

La dernière étape de ce travail consistera à confronter ce qui a été énoncé sous la forme de 11 "AUTO-COMMANDEMENTS" aux acquisitions récentes de l'exercice médical. DESCARTES, reçu "au rang des doctes" après ses études dans "l'une des plus célèbres écoles de l'Europe", disait avoir ainsi découvert "de plus en plus" son ignorance.

« Mais sitôt que j'eus achevé, précise-t-il, tout ce cours d'études au bout duquel on a coutume d'être reçu au rang des doctes, je changeai entièrement d'opinion : car je me trouvais embarrassé de tant de doutes et d'erreurs qu'il me semblait n'avoir fait autre profit, en tâchant de m'instruire, sinon que j'avais découvert de plus en plus mon ignorance. »

Cette humilité salutaire peut être partagée sans danger, voire avec un profit transitoire - mais il n'est pas bon d'en rester là. L'effort doit s'ajouter à la modestie que tout médecin ressent au contact des faits. Voici quelques possibilités offertes, à saisir et à parfaire au fil du temps.

V-4-A- POUR LA RIGUEUR DANS LA PRISE EN CHARGE ET LA VOLONTE D'UNE VISION GLOBALE d'une "check-list", trois attitudes sont utiles.

### \* LE RECOURS A L'ORDINATEUR,

s'il est possible, est une excellente méthode. Elle nécessite qu'une équipe cohérente et soudée établisse des programmes précis d'AIDE AU DIAGNOSTIC, bien entendu quand il s'agit de diagnostics difficiles. Un gain de temps et une sécurité meilleure peuvent en résulter.

\* LE RECOURS A DES AVIS ECLAIRES est déjà prévu par le Code de Déontologie. Encore faut-il savoir dans quelle rubrique pathologique il faut alors classer le malade. Il est bien évident que l'opinion d'un médecin qui voit 10 fois par jour un type de pathologie a une valeur plus sûre que l'impression d'un praticien qui ne le rencontre qu'une fois par an. Le développement des CONGRES MEDICAUX, l'organisation de SYMPOSIUMS AVEC LIAISONS INTER-VILLES sont autant de progrès notoires.

\* L'ESPRIT DE SYNTHESE enfin est le résultat du principe qui consiste à ne jamais "découper", "saucissonner" un malade - sauf pathologies authentiquement locales - au détriment d'un diagnostic d'ensemble. L'intérêt de tous est peut-être que continuent d'exister des médecins GENERALISTES en pratique libérale et des médecins INTERNISTES en pratique hospitalière. Bien entendu, l'expansion des spécialités et même leur bénéfique éclatement en sous-spécialité (le "sous" n'étant pas péjoratif) demeurent indispensables, le champ visuel devant rester constamment ouvert.

#### V-4-B- POUR L'OUVERTURE DU CHAMP VISUEL,

certes il est toujours possible de solliciter l'aide d'un confrère, mais c'est déjà constater que le champ visuel n'est pas fermé ! En fait, il s'agit là d'un DEVOIR INTELLECTUEL, auquel le médecin est plus ou moins sensible selon sa personnalité et, sans doute, selon ses conditions d'exercice. Ici, il faut certainement plaider, en médecine libérale, pour les "CABINETS DE GROUPE", qu'ils soient uni ou pluri-disciplinaires. La coopération avec d'autres praticiens, qui restitue en quelque sorte le compagnonnage des études, est toujours une chance d'élargissement de la vision.

#### V-4-C- L'INTERROGATOIRE MINUTIEUX,

s'il dépend souvent de la qualité personnelle des praticiens (les uns possédant un brio susceptible d'aller à l'essentiel quand d'autres ont une certaine lenteur) peut être rendu plus fiable au moyen de GRILLES adaptées à chaque discipline et éventuellement INFORMATISEES. On ne peut que rappeler son importance croissante, à un moment où le recours aux moyens techniques est souvent engagé avant même la fin d'une conversation avec le malade, seule capable cependant, quand elle est suffisante, d'établir une vraie relation : celle-ci est source de confiance et souvent, en conséquence, de succès diagnostique et thérapeutique. L'aide de PSYCHOLOGUES - à dose mesurée - peut être nécessaire dans certaines situations particulières.

#### V-4-D- LA NOTION PRECISE DES ANTECEDENTS

ne peut que bénéficier des apports des D.I.M. (départements d'informatique médicale) et P.M.S.I. (programmes de médicalisation des systèmes d'information) qui donneront, ou donnent déjà, la liste de toutes les pathologies antérieures mise sur informatique - toujours à la condition que les renseignements soient habilement colligés.

#### V-4-E- LA LECTURE COMPLETE DU DOSSIER

n'échappe guère, à l'heure actuelle, tout au moins à l'hôpital, à la mode des "STAFFS" : elle est écoutée par une équipe où chaque esprit a son tropisme propre et, par conséquent, son attention dirigée vers une nuance qui a pu échapper à d'autres. Avant la sortie du malade, la volonté des DIM de créer des R.S.S. (résumés standardisés de sortie) est un "garde-fou" supplémentaire. Et rien n'empêche le médecin qui a l'habitude (ou le goût) du travail solitaire, d'accomplir isolément sa méditation.



#### V-4-F- REVOIR ET REEVALUER TOUTE SITUATION

qui n'est pas rapidement éclaircie est une méthode qui paraît tomber sous le sens. L'arrivée habituelle, au bout de quelques jours (plutôt que de quelques heures - cela dépend des situations) de nouveaux paramètres, cliniques, biologiques ou autres, peut, là encore, permettre d'interroger à nouveau l'ORDINATEUR d'aide au diagnostic, s'il fait partie des instruments de travail.

#### V-4-G- SAVOIR PENSER A...

dépend, nous l'avons indiqué, de la qualité de l'ENSEIGNEMENT REÇU. Mais les maladies nouvelles (le SIDA par exemple) et les nouvelles méthodes de diagnostic obligent à une REMISE A JOUR PERMANENTE des connaissances, rendue possible par la FORMATION CONTINUE, qui a des aspects multiples, et par un autre moyen, absolument indispensable : la lecture des REVUES MEDICALES. Il est impossible de tout lire. Aussi est-il bon d'effectuer rapidement un choix : lire 2 revues seulement, par exemple, mais les lire toujours est un gage de non stagnation. Il faut ajouter que, depuis quelques années, la Compagnie d'Assurances "LE SOU MEDICAL" adresse à ses assurés une liste des erreurs qu'elle a été amenée à gérer au cours de l'année précédente. C'est, en miniature et en négatif, un excellent traité de médecine qui complète les "il faut savoir penser à" par les "il ne faut jamais faire.."

#### V-4-H- AVOIR DEJA VU...

est aussi un fait d'éducation - mais sans doute faut-il faire ici la place la plus large possible aux méthodes AUDIO-VISUELLES d'enseignement avec une notion supplémentaire : celles-ci peuvent apporter la vision de PATHOLOGIES RARES (que plusieurs années d'hôpital n'ont pas permis quelquefois de rencontrer), mais aussi de PATHOLOGIES OUBLIEES et qu'on imagine, peut-être à tort, disparues. Les médecins yougoslaves qui ont été confrontés en 1972 à une



épidémie de VARIOLE qui fit 30 morts n'avaient jamais vu l'image d'une VARIOLE : ils avaient laissé dans une salle commune d'hôpital un pelerin qui revenait de la Mecque, parce que son éruption n'évoquait rien pour eux, et surtout pas cette affection... d'antan.

#### V-4-I- LA VALEUR DE L'ECHOGRAPHIE

ne sera jamais assez vantée. Les appareils portables, au lit du malade, confirment aisément la cholécystite lithiasique, la colique néphrétique, le foie "secondaire", la splénomégalie d'appréciation difficile. Et l'on ne compte plus les pathologies découvertes en quelques minutes, au terme d'un examen clinique demeuré négatif.

#### V-4-J- AVOIR DU BON SENS

est une affaire personnelle, qui n'empêche pas d'avoir un brillant esprit mais qui canalise les dispersions néfastes. L'époque n'y fait rien mais, à contrario, le bon sens est plus que jamais utile à l'époque, pour réprimer les investigations dangereuses inutiles et modérer les coûts - autre problème, moins aigu mais d'une brûlante actualité.

#### V-4-K- PERSEVERER

est un conseil qui ne concerne vraisemblablement que les syndromes complexes, lesquels peuvent mettre, pour "parler", des mois ou des années. Les BANQUES DE DONNEES des Facultés ou des Laboratoires Pharmaceutiques apportent souvent ici des clés importantes, pour des pathologies complexes comme les maladies systémiques ou certaines formes de tuberculose ou de maladies hématologiques.

## V - 5 - PASSE ET PRESENT : MEMES OBJECTIFS

On pourrait penser, à la lecture des pages précédentes, que tout praticien sait qu'il court toujours le risque de s'égarer sur de fausses pistes. Ce n'est pas en vain qu'Hugues ROUSSET et Denis VITAL-DURAND ont consacré trois volumes, au cours de ces dernières années, aux "DIAGNOSTICS DIFFICILES EN MEDECINE INTERNE". Les pièges demeurent quotidiens, et doués d'entêtement. Il semblerait qu'il doive exister un abîme entre les réflexions sur la démarche diagnostique qui datent du début du siècle et ces trois livres d'Hugues ROUSSET et Denis VITAL-DURAND écrits au temps du scanner et de l'IRM. Si, en effet, les techniques ont largement évolué, si les "arbres de décision" ont perdu leur simplicité désuète pour se charger de branches multiples, en réalité l'esprit de l'homme médecin reste le même, plus ou moins intuitif et rapide selon les individus, mais toujours bâti des mêmes rouages, semblablement soumis aux mêmes achoppements, éclairé de la même conscience. L'ordinateur peut ajouter son appoint rapide et sa merveilleuse "tête chercheuse", le choix décisif reste à l'homme.

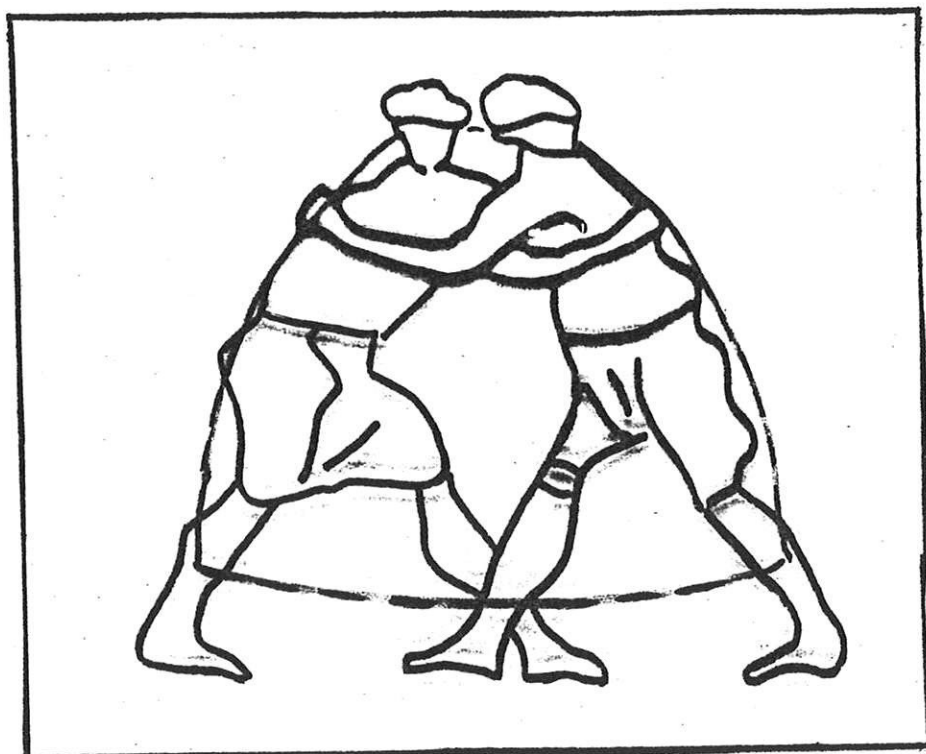
La médecine est, en outre, devenue si vaste que le devoir d'apprendre revêt une importance de plus en plus aiguë : LA FONTAINE aurait encore davantage raison de prétendre que, seul,

"Quiconque a beaucoup vu

Peut avoir beaucoup retenu".

Il n'est plus nécessaire au médecin de 1992 d'avoir l'oreille subtile de René LAENNEC. D'ailleurs, il est patent que l'homme occidental moderne de vingt ans a une acuité auditive inférieure à celle du vieil africain de quatre vingts ans qui n'a jamais quitté sa savane. Si donc l'oreille de LAENNEC n'est

plus utile au praticien de l'an 2000, au moins peut-on souhaiter que celui-ci possède la rigueur clinique et l'honnêteté intellectuelle de son illustre prédécesseur. Le médecin du passé et le praticien du présent sont plus proches qu'on ne pourrait le croire. Il faut les concevoir réunis dans un même effort, comme dans ce dessin du milieu du XIII<sup>e</sup> siècle de l'architecte VILLARD DE HONNECOURT, où deux hommes embrassés symbolisent, avec la géométrie de l'ogive, la solidité de l'édifice : l'édifice du diagnostic, après tant de progrès réalisés au cours des siècles, se doit d'avoir encore et toujours "les pieds sur terre" et la construction robuste car si les médecins eux-mêmes qui sont spécialisés dans la statistique médicale essayent quotidiennement de domestiquer le hasard, le vrai risque est que le hasard soit toujours plus fort.



Album de croquis de  
VILLARD DE HONNECOURT (1250)

-----  
Deux hommes assemblés symbolisent la solidité de la construction de la voûte d'ogive.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - ABREGES DE CARDIOLOGIE.  
R. RULLIERE  
Cardiomyopathies non obstructives, Edition Masson, p. 221-222.
- 2 - ABREGES D'ENDOCRINOLOGIE.  
J. HAZARD, L. PERLEMUTER  
Hyperthyroïdies, Edition Masson, p. 98.
- 3 - ABREGES DE NEUROLOGIE.  
J. CAMBIER  
Hématomes sous-duraux, Edition Masson, p. 422.
- 4 - ABREGES DE RHUMATOLOGIE.  
L. SIMON.  
Spondylodiscites, Edition Masson, p. 343-351.
- 5 - ABREGES SIDA et INFECTION à VIH.  
J.P. CASSUTO, A. PESCE, J.F. QUARANTA  
Edition Masson, 1990, p. 170.
- 6 - ACTUALITES EN MEDECINE INTERNE.  
Angiologie, n° 143, nov. 1991.
- 7 - APPRECIATION DE LA VALEUR D'UN EXAMEN A BUT DIAGNOSTIC.AIDE INFORMATIQUE AU DIAGNOSTIC.  
F. LACAINE, M. HUGUIER.  
Concours Médical, 1982, 104, 39, 5737-5746.
- 8 - BACTERIOLOGIE CLINIQUE.  
J.L. AVRIL, F. DENIS, H. DABERNAT, H. MONTEIL  
Le botulisme, Edition Lederle, 1988, p. 342-352.
- 9 - CES MALADES QU'ON FABRIQUE.  
J.C. SOURNIA.  
Edition Seuil, 1977, p. 120.
- 10 - CINQUANTE DIAGNOSTICS A NE PAS MANQUER.  
J.P. VETEL.  
Thèse Médecine.
- 11 - CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FIEVRE "Q".  
M. LABEYRIE.  
A propos de 12 cas Limousins.  
Thèse Médecine, Limoges, 1990.
- 12 - DE LA METHODE EN MEDECINE.  
R. CRUCHET  
Presses universitaires de France, 1951.
- 13 - DIAGNOSTICS DIFFICILES EN MEDECINE INTERNE.  
Sous la direction de H. ROUSSET, D. VITAL-DURAND.  
Editions Maloine, tomes 1 (1988), 2 (1990), 3 (1991).

- 14 - DIAGNOSTIC EN MEDECINE (LE).  
A. JACQUEMIN  
Sa génèse intellectuelle, ses fondements, sa critique.  
Thèse Médecine, Paris, 1914.
- 15 - ERREUR DIAGNOSTIQUE.  
N. GRASSER.  
Thèse Médecine, Dijon, 1982.
- 16 - ESSAI SUR LE MECANISME PSYCHOLOGIQUE DU DIAGNOSTIC MEDICAL.  
J.P. RENOUX.  
Thèse Médecine, Paris, 1936.
- 17 - GASTRO-ENTEROLOGIE.  
J.J. BERNIER  
Carcino ides digestifs, Editions Flammarion, p. 1321-1330.
- 18 - HISTOIRES DE CHASSE EN RHUMATOLOGIE.  
P. BOURGEOIS, M.F. KAHN, G. KAPLAN, P. VINCENEUX.  
Préface du Professeur DE SEZE.
- 19 - HISTOIRES DE LA MEDECINE.  
J.H. BAUDET
- 20 - HISTOIRE DU DIAGNOSTIC MEDICAL.  
R. VILLEY  
Editions Masson.
- 21 - HYPOKALIEMIE DU SUJET AGE.  
J.F. JALLADEAU.  
Contribution à leur étude à propos de 2 observations de tumeur villositaire  
rectale révélée par une hypokaliémie trompeuse.  
Mémoire de Gériatrie, 1986.
- 22 - LA PREUVE PAR NEUF DE L'UTILITE DES INTERNISTES.  
P. DELON, J.L. MOULIN, C. TERLAUD, J. VENOT, CH de Saint Junien.  
Congrès de Médecine Interne de Rennes, décembre 1989
- 23 - LE GENERALISTE.  
Méningite à méningocoque.  
Février 1991, n 1231, p. 25-27.
- 24 - MEDECINE ET INFORMATIQUE.  
F.H. ROGER.  
Editions Maloine, 1979, p. 215.
- 25 - MALADIES INFECTIEUSES.  
E. PILLY.  
Infections à méningocoques, p. 160-161.  
Botulisme, p. 492-494.  
Ascaridiose, p. 428-429.  
Echinococcose, p. 433-435.

- 26 - MALADIE PERIODIQUE.  
M. BOUNY.  
A propos d'un cas chez un sujet limousin.  
Thèse Médecine, Limoges, 1989.
- 27 - MALADIES SYSTEMIQUES.  
M.F. KAHN.  
Périartérite Nouveuse, Editions Flammarion
- 28 - OU EN EST L'INFORMATIQUE MEDICALE ?  
La Nouvelle Presse Médicale, 1980, 9, 24, p. 1681-1684.
- 29 - PARAFFINOSES PULMONAIRES.  
F. CONCHARD.  
Thèse Médecine, Limoges, 1988.
- 30 - PARAFFINOSE ALVEOLAIRE.  
G. DONGAY, T. LEVADET et Coll.  
Rev. Mal. Resp., 1985, 2.
- 31 - PRINCIPES DE MEDECINE INTERNE.  
T.R. HARRISON.  
Phéochromocytome.  
Editions Flammarion, p. 1775-1778.
- 32 - REVISION ACCELEREE DE PNEUMOLOGIE.  
F. BONNAUD.  
Editions Maloine, 1986.
- 33 - REVUE DU PRATICIEN.  
A. MALLAT, D. DHUMEAUX.  
Les mécanismes des hépatites médicamenteuses.  
Monographie n°29, 1990, p. 2728.
- 34 - REVUE DU PRATICIEN.  
Pr MODIGLIANI.  
Maladies inflammatoires de l'intestin de l'adulte.  
Monographie n°5, février 1991.
- 35 - REVUE DU PRATICIEN.  
Maladie lupique.  
Monographie n°21, septembre 1990.
- 36 - RUPTURE D'UN ANGIOMYOLIPOFIBROME DU REIN EN COURS DE GROSSESSE.  
Y. LEBLOYS, C.TERLAUD, J.P. ROUDIER.  
JEMU 1981.
- 37 - SYNDROME DE SHEEHAN.  
J.P. LUTON.  
Traité de Médecine (P. GODEAU).  
Editions Flammarion, p. 2249.

TABLE DES MATIERES

I - AVANT-PROPOS	p. 12
II - JUSTIFICATION D'UN TITRE	p. 15
II-1- Les vertus de l'interrogatoire.	p. 17
II-2- La nécessité de l'examen clinique	p. 18
II-3- La biologie = des chiffres donc une attention mathématique	p. 20
II-4- Les lumières de l'imagerie	p. 21
II-5- La polypathologie	p. 23
II-6- Les "lois" médicales	P. 23
II-7- Le but d'une thèse	p. 24
II-8- Une unité de lieu	p. 25
II-9- Ces trente observations : choix, chronologie	p. 25
III - TRENTE OBSERVATIONS PIEGES	p. 26
1 - Un abcès du poumon	p. 29
2 - Une fièvre "Q"	p. 35
3 - Une fausse embolie pulmonaire	p. 39
4 - Une pleurésie purulente du nourrisson	p. 44
5 - Une péritonite asthénique	p. 49
6 - Une hyperthyroïdie du sujet âgé	p. 54
7 - Une cardiomyopathie non obstructive	p. 61
8 - Un méningiome de la petite aile du sphénoïde	p. 67
9 - Un purpura fulminans	p. 72
10 - Une ascaridiose	p. 77
11 - Une spondylodiscite tuberculeuse	p. 81
12 - Une spondylodiscite staphylococcique	p. 87
13 - Une affaire de botulisme	p. 92





IV-4-D-2 L'ouverture du "champ visuel"	
du médecin	p. 211
IV-4-D-3 L'interrogatoire minutieux	p. 212
IV-4-D-4 Bien s'informer des	
antécédents	p. 214
IV-4-D-5 La lecture complète	
du dossier	p. 214
IV-4-D-6 Revoir, réévaluer	
une situation	p. 214
IV-4-D-7 Savoir penser à...	p. 215
IV-4-D-8 Avoir déjà vu...	p. 215
IV-4-D-9 L'échographie	p. 216
IV-4-D-10 Le bon sens	p. 217
IV-4-D-11 La persévérance	p. 217
IV-5- 11 "AUTO-COMMANDEMENTS"	p. 219
V - POUR CONCLURE	p. 220
V-1- Un peu d'histoire	p. 222
V-2- TDM, IRM et ORDINATEUR	p. 223
V-3- L'erreur médicale	p. 224
V-4- Les 11 "AUTO-COMMANDEMENTS" en 1992	p. 227
V-4-A Pour la rigueur de la prise en	
charge et la volonté d'une vision globale	p. 227
V-4-B Pour l'ouverture du champ visuel	p. 228
V-4-C L'interrogatoire minutieux	p. 229
V-4-D La notion précise des antécédents	p. 229
V-4-E La lecture complète du dossier	p. 229
V-4-F Revoir et réévaluer toute situation	p. 230
V-4-G Savoir penser à...	p. 230

V-4-H Avoir déjà vu...	p. 230
V-4-I La valeur de l'échographie	p. 231
V-4-J Avoir du bon sens	p. 231
V-4-K Persévérer	p. 231
V-5- Passé et présent : mêmes objectifs	p. 232
BIBLIOGRAPHIE	p. 234

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.



BON A IMPRIMER N° 24

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## RESUME

A la lumière de 30 observations-pièges analysées pas à pas, une réflexion est faite sur la démarche diagnostique. Il apparaît que, pour déjouer les FAUSSES PISTES et aboutir aux VRAIS DIAGNOSTICS, 11 "AUTO-COMMANDEMENTS" peuvent être retenus, il faut :

- 1- UNE RIGUEUR DANS LA PRISE EN CHARGE  
constituant une vision globale;
- 2- UNE OUVERTURE DU "CHAMP VISUEL"  
chaque fois qu'il court le risque d'être rétréci;
- 3- UN INTERROGATOIRE MINUTIEUX  
source d'informations essentielles et de contact;
- 4- UNE NOTION PRECISE DES ANTECEDENTS  
qui peuvent conduire à des perspectives directes;
- 5- UNE LECTURE COMPLETE DU DOSSIER  
en première, seconde et ultime intention;
- 6- REVOIR ET REEVALUER TOUTE SITUATION  
qui n'est pas rapidement clarifiée;
- 7- SAVOIR PENSER A ...  
tel diagnostic devant tel signe riche de sens;
- 8- AVOIR DEJA VU ...  
ce qui procède irremplaçablement de l'expérience;
- 9- CONNAITRE LA VALEUR DE L'ECHOGRAPHIE  
technique non invasive et performante;
- 10 - AVOIR DU BON SENS  
en toutes circonstances;
- 11- ET PERSEVERER  
pour tout diagnostic difficile indispensable..

Les techniques modernes d'aide informatique au diagnostic, la mise en place des D.I.M. hospitaliers et l'utilisation des moyens audiovisuels d'enseignement peuvent aiguïser ces impératifs, sans supplanter pour autant l'intelligence propre du médecin, sa décision personnelle et son indispensable présence.

## MOTS CLES :

- Diagnostic
- Pièges
- Fausses pistes
- Démarche diagnostique.