

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 14 février 2012

Hôpital cantonal de Genève

Présentation de cas cliniques de médecine interne

Dr S. Carbalho, Dr L. Perrier

1) Carbalho: Un homme de 69 ans présente un état grippal depuis 10 jours. A signaler une polymyalgia dans ses antécédents il y a 12 ans, sinon pas grand chose.

La fièvre ne baissant pas, et l'apparition de douleurs dans les cuisses et les mollets, ainsi qu'une CRP aux alentours de 300 font qu'une hospitalisation est décidée.

Pas de notions de voyages, pas de prises de médicaments, et au status, pas de souffle cardiaque ni de lésions cutanées, ni d'adénopathies palpables, bref pas grand chose...

Pour ceux que la «botanique» intéresse, ça pourrait presque être un SIRS (systemic inflammatory response syndrome) dont la définition est ci dessous

Systemic inflammatory response syndrome

Finding	Value
Temperature	<36 °C (96.8 °F) or >38 °C (100.4 °F)
Heart rate	>90/min
Respiratory rate	>20/min or PaCO ₂ <32 mmHg (4.3 kPa)
WBC	<4x10 ⁹ /L (<4000/mm ³), >12x10 ⁹ /L (>12,000/mm ³), or 10% bands

...mais nous voilà bien avancé....

Ça pourrait être aussi un FUO (fever of unknown origin) qui classiquement dure plus de 3 semaines, à plus de 38,3°C et dont la cause n'est toujours pas évidente après quelques jours d'hospitalisations (3 ou 7 jours c'est selon...) et qui se réfère habituellement à des infections, des néoplasies, des maladies autoimmunes, et d'autres conditions variées lorsque le patient est «classique».

Si c'est après ou au cours d'une hospitalisation, on pensera aux infections nosocomiales (cathéters divers, sinusite aux soins intensifs, etc...).

Chez le patient immunodéficient (cf chimiothérapies) ou HIV les diagnostics différentiels seront légèrement différents...

Mais notre patient est un «classique» et tout est négatif y compris les hémocultures et les sérologies pour Ebstein Barr, CMV, Hep. B et HIV.

Cliniquement il ne va pas mal mais continue à avoir des pics fébriles 1 jour sur 2 environ...

On pense à faire une imagerie car il n'est pas rare de découvrir un abcès (30-50%) ou une tumeur (5-10%) dans cette situation.

Mais 20-25% des F.U.O. sortent de l'hôpital sans diagnostic et ceci n'entrave en rien un bon pronostic.

La courbe de la fièvre à laquelle on accordait pas mal d'importance autrefois, est en réalité peu indicative de la pathologie à part pour le paludisme peut-être.

La CRP est peu discriminative et reste intéressante si elle est basse pour exclure quelque chose de grave, alors que si elle est élevée, elle ne veut souvent pas dire grand chose.

La procalcitonine au seuil de 0,2 a une sensibilité de 0,77 et une spécificité de 0,59 donc pas terrible non plus... Une PCT ne serait jamais élevée lors de maladie inflammatoire seule...

C'est au cours d'une visite alors que le patient est au lit, que l'on découvre qu'il a une rougeur et douleur du pavillon de l'oreille gauche.

Ça pourrait être une cellulite, une infection chronique, un traumatisme, une maladie de Wegener, un lupus érythémateux ou une **polychondrite chronique atrophiante (PCA)** qui est rare...et pourtant c'est ça...

3,5 cas sur 100000, autant de femmes que d'hommes, associé parfois au HLA DR4 et DR6, parfois à la présence d'anticorps anticollagène II mais de façon aspécifique, et à une dysfonction macrocytaire...

Moins qu'une fois sur 1 fois sur 2 ça se présente avec une atteinte auriculaire, mais il peut y avoir des atteintes tracheo laryngées ou même des vasculites.

Il peut y avoir une association à la maladie de Behçet ou à la PR, ainsi que d'autres maladies autoimmunes (que je n'ai pas le temps de noter).

Il y a les critères diagnostiques de Mc Adam qui doivent être au nombre de 3 sur 6:

- chondrite bilatérale
- polyarthrite non érosive séronégative
- chondrite du nez
- inflammation oculaire
- chondrite des voies respiratoires
- atteinte vestibulo-cochléaire

Ou il y a les critères de Damiani et Levine qui proposent :

1. 3 critères de Mc Adam
2. 1 critère + une histologie typique
3. 2 critères et une réponse thérapeutique aux corticoïdes ou à la Dapsone.

Le patient est mis sous corticoïdes 40mg/j de prednisone. Son évolution est favorable.

Peu avant sa sortie on reçoit le résultat des ANCA de type PR3 qui sont positifs et assez spécifiques d'une maladie de Wegener. Il faudra donc continuer à suivre ce patient et voir comment la chose va évoluer...

2. Perrier: Un collègue de 85 ans plutôt sportif, connu pour une HTA et des antécédents de FA traitée par amiodarone puis bêta bloquants, puis flecaïnide développe subitement une dyspnée.

Le bilan cardiopulmonaire révèle des fonctions pulmonaires normales, un test de marche diminué mais sans désaturation et une écho cardiaque confirme le prolapsus mitral et donc l'insuffisance mitrale, déjà connue dans le passé.

Le patient s'aggrave (NYHA III-IV), il prends du poids développe des oedèmes, et décide d'arrêter les IEC qu'il prend pour son HTA car il a l'impression qu'ils ne lui conviennent pas.

Aux HUGs une RX thorax confirme la décompensation cardiaque avec une redistribution vasculaire, et un épanchement à droite, les IEC sont repris avec des diurétiques mais le patient ne va pas mieux et il ne perd pas de poids.

Où est l'erreur ??

A partir d'un article des Arch. of Int. Med. (2005; 165; 1493-1499) et à partir de www.rmhf.harvard.edu/ qui est un site qui analyse les erreurs médicales, on nous explique les différents modes de raisonnement du médecin et ses failles.

Nous réfléchissons de 2 manières. Soit nous reconnaissons tout de suite parce que nous avons déjà vu... soit nous posons des questions, émettons des hypothèses, reposons des questions jusqu'à avoir la certitude finale...ça s'appelle le raisonnement hypothético-déductif.

Ce ne sont pas les examens qui sont imprécis, ce sont le plus souvent les médecins qui raisonnent mal lorsqu'il y a erreur...

Soit on accorde trop de poids à ce qui est facile ou à ce que l'on a rencontré récemment c'est le biais de disponibilité:

Soit on ne tient compte que des informations du patient qui vont dans le sens de notre hypothèse , c'est le biais de confirmation:

Soit on est incapable d'entendre ce qui ne colle pas avec notre hypothèse (c'est un peu la même chose que ci dessus...) c'est le biais d'ancrage:

Pourquoi ce patient présente-t-il une décompensation cardiaque maintenant alors qu'il montait des cols en vélo il n'y a pas si longtemps? That is the question...

Une arythmie: non, une ischémie: non, une hypertension: non, une infection:non , une embolie pulmonaire: non, une péricardite constrictive: non, une tamponnade: non, une maladie valvulaire: OUI.

On a refait l'écho cardiaque et on voit ce que la précédente échographie n'avait pas permis d'observer, c'est à dire qu'il avait récemment rupturé un pilier de sa valve, augmentant nettement la régurgitation qui se répercutait même sous forme d'un flux rétrograde dans la veine pulmonaire.

Il y avait donc un vrai problème mécanique que les diurétiques seuls ne pouvaient réparer...

Ce patient a donc été opéré et il va bien.

Et on nous exhorte à respecter les 8 commandements du bon diagnosticien...

1. Formuler des hypothèses diagnostic tôt
2. Vérifier les hypothèses
3. Penser que ce qui est fréquent est fréquent
4. Ne pas exclure les choses rares
5. Réviser son hypothèse en fonction des nouvelles informations
6. Tester sous forme de nouvelles questions
7. Ne pas persister dans l'erreur
8. Ecouter le patient

if all you have is a hammer, everything looks like a nail

(c'est lui qui l'a dit...Abraham Maslow...prof de psychologie à Brooklyn...)



(il a l'air joyeux ce psychologue , il doit faire du bien à ses patients...)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch