



Cas Clinique

Rachel PESSIS

Février 2010

ÉDITORIAL

L'Institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat du groupe de recherche SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins, et en particulier à la préparation au concours de l'Internat depuis 1982. Cette démarche repose sur deux éléments clés : une méthode de travail rigoureuse, et la consultation de documents de référence, désormais disponibles gracieusement sur internet. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis 25 années (16 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales depuis 2004) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris, Lyon, Marseille, et Lille, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

L'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate propose désormais une rubrique de cas cliniques mensuels, répondant aux objectifs pédagogiques du deuxième cycle des études médicales, et qui a pour but d'optimiser votre préparation aux Épreuves Classantes Nationales, en vous permettant de vous familiariser avec la docimologie de l'épreuve.

Nous espérons vivement que ces cas cliniques vous seront pleinement profitables et nous vous souhaitons bon courage et bonne chance !

Walid Amara, Alain Combes
et toute l'équipe pédagogique de l'Institut la Conférence Hippocrate.

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.



L'INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

ORGANISE

Deux Epreuves Classantes Nationales blanches (ECN)

**Les samedi 09 et dimanche 10 janvier 2010
Les samedi 13 et dimanche 14 mars 2010**

Ces épreuves se dérouleront simultanément à Paris
et dans les facultés de médecine suivantes :

**Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand,
Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice,
Poitiers, Reims, Rennes, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse, Tours**

- Chaque ENC blanches comportera **4 épreuves de 3 heures chacune** :
 - Samedi : 9h00 / 12h00 - 14h00 / 17h00
 - Dimanche : 9h00 / 12h00 - 14h00 / 17h00
 - 3 épreuves de 3 dossiers transversaux.
 - 1 épreuve de Lecture Critique d'Article.
- **Corrigés détaillés** distribués aux étudiants à l'issue des épreuves.
- **Classement National** de l'ensemble des candidats sous 15 jours sur internet :
www.laconferencehippocrate.com
- **Le concours de janvier 2010** constituera l'épreuve de sélection pour le **tour de Printemps** de la Conférence Hippocrate à Paris :
 - **Tour de printemps**, en février-mars-avril (12 conférences) :
1 conférence par semaine avec 5 dossiers pluridisciplinaires et transversaux

Ouverture des inscriptions sur Internet en novembre 2009

Pour toute information : 01 47 07 13 46

Paris : 01 47 07 13 46

Lille : 03 20 12 06 03

Lyon : 04 78 54 21 05

Marseille : 04 91 22 69 77

DOSSIER INTERNET

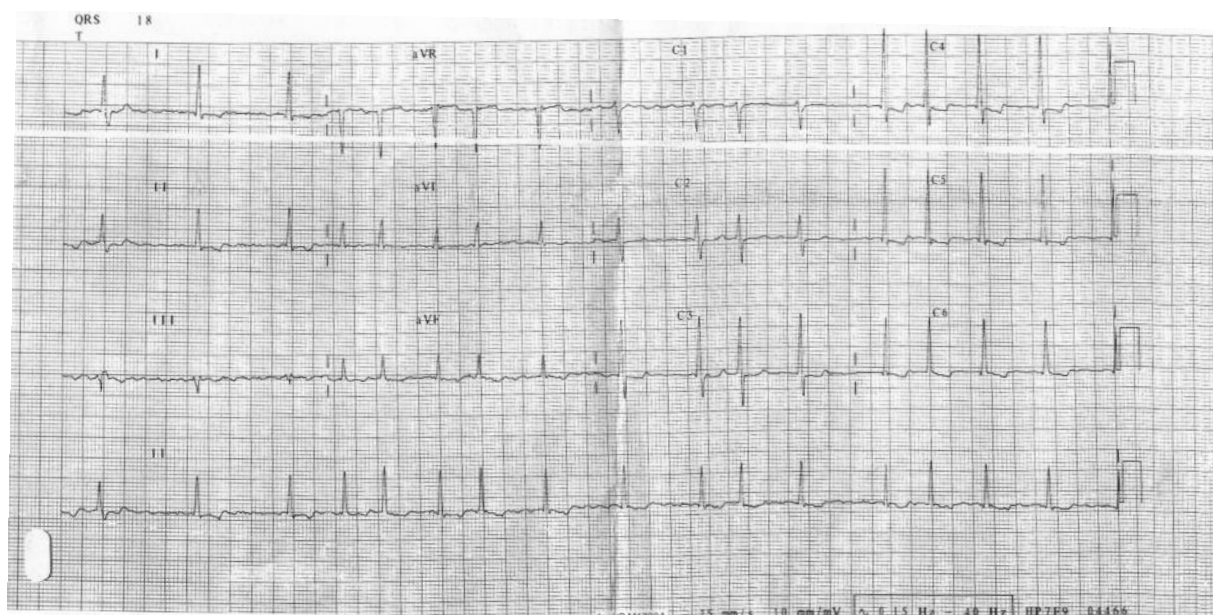
Monsieur R..., 76 ans, se présente aux urgences de votre hôpital pour des palpitations d'apparition récente.

Il a comme principaux antécédents une cholecystectomie et une gonarthrose droite pour laquelle il s'automédique avec du paracétamol ou des AINS. Il est ingénieur automobile dans une grande entreprise. On ne note pas d'intoxication alcoolo-tabagique.

Lorsque vous l'interrogez, il vous apprend qu'il a perdu 5 kg en six semaines, lui qui a toujours dû contrôler son poids, et alors même qu'il mange plus que d'habitude, et surtout qu'il est insomniaque depuis quelques semaines, ce qui le fatigue beaucoup. Il se trouve également irritable, lui qui au contraire se définissait comme un « calme ».

Votre examen clinique initial retrouve les données suivantes : T° 36.7°C ; TA 135/85 mm Hg ; FC 100/min. Il n'y a pas de dyspnée, et l'auscultation cardio-pulmonaire est normale en dehors d'un rythme irrégulier. La palpation cervicale retrouve un goitre avec plusieurs nodules fermes. Le reste de l'examen clinique est normal.

Vous réalisez un ECG.



QUESTION N° 1

Interprétez l'ECG fourni.

QUESTION N° 2

Quel diagnostic suspectez-vous alors ?

QUESTION N° 3

Quels examens biologiques demandez-vous. Qu'en attendez-vous ?

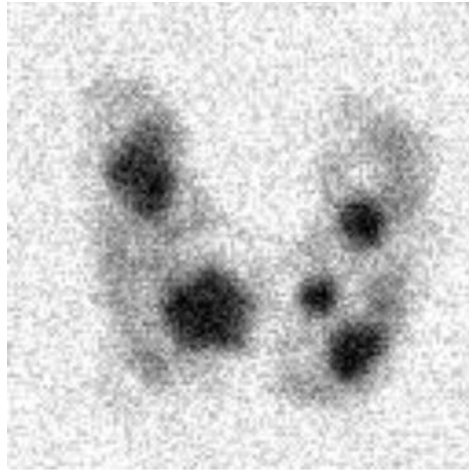
QUESTION N° 4

La radiographie de thorax et l'échographie cardiaque transthoracique que vous avez demandées en urgences sont normales.

Quelle stratégie choisissez-vous pour le trouble du rythme et pourquoi ?

QUESTION N° 5

Vous avez demandé l'examen d'imagerie suivant. Interprétez-le en expliquant le mécanisme des anomalies visibles.



QUESTION N° 6

Quelle sera votre prise en charge immédiate concernant la pathologie de fond de Monsieur R... (avec la surveillance) ?

QUESTION N° 7

Monsieur R... vous demande quelle est la procédure à suivre pour l'arrêt de travail.

Que lui répondez-vous ?

QUESTION N° 8

Que prévoyez-vous comme complément thérapeutique ?

QUESTION N° 9

Quelle information délivrez-vous alors à Monsieur R... ? Précisez notamment les avantages et les inconvénients de chaque technique.

CORRIGE DU DOSSIER

QUESTION N° 1

Interprétez l'ECG fourni.

- Fibrillation auriculaire..... 2
- Tachycardie irrégulière à QRS fins entre 100 et 150/min..... 2

QUESTION N° 2

Quel diagnostic suspectez-vous alors ?

- Goitre multihétéronodulaire toxique (GMHNT)..... 2
- A l'origine d'une hyperthyroïdie 2
- Compiquée d'une cardiomyopathie 2
- Avec fibrillation auriculaire nc
- Terrain : homme de 76 ans 1
- Anamnèse : signes de thyrotoxicose : 1
- * signes généraux (asthénie, insomnie
- * amaigrissement malgré la polyphagie 1
- * cardiomyopathie (palpitations),
- * troubles de l'humeur avec irritabilité..... 1
- Clinique : goitre multinodulaire en faveur d'un GMHNT, fibrillation auriculaire à l'ECG signant la cardiomyopathie chez ce patient sans antécédent cardiaque

NB :

- On peut avoir un nodule toxique au sein d'un goitre multinodulaire non toxique.
- La maladie de Basedow n'est pas si rare sur ce terrain et on peut par ailleurs aussi se trouver dans un contexte de goitre multinodulaire basedowifié

QUESTION N° 3

Quels examens biologiques demandez-vous. Qu'en attendez-vous ?

- Confirmation de l'hyperthyroïdie :
 - TSH..... 1
 - (attendue effondrée)..... 1
 - Et T4 (augmentée mais peut être normale, donne l'importance de l'hyperthyroïdie)
- Diagnostic étiologique :
 - Anticorps antiTSH-R = TRAK 1
 - Antitpo 1
 - Et antiTg..... 1
 - Systématiques (attendus normaux ici)..... 1
 - Iodurie des 24h si doute sur thyroïdite de De Quervain ou prise cachée d'hormones thyroïdiennes (attendue normale ici)
 - CRP si doute sur thyroïdite de De Quervain..... 1
- Diagnostic de complication :
 - Recherche de signes biologiques d'hyperthyroïdie : nc
 - * NFS et plaquettes : anémie normochrome normocytaire, leuconéutropénie
 - * bilan hépatique : cytolysé inférieur à 5N et cholestase
 - * glycémie à jeun : hyperglycémie
 - * calcémie : hypercalcémie
 - * cholestérolémie : hypocholestérolémie

- Bilan préthérapeutique :
 - NFS et plaquettes,
 - **Hémostase (TP-TCA-INR)** 1
 - **Ionogramme sanguin avec urée et créatinine**..... 1

NB : Hyperthyroïdie et biologie spécifique

- **Maladie de Basedow** : TRAK positifs
- **Adénome toxique** : bilan immunologique négatif
- **GMHNT** : bilan immunologique négatif
- **Thyroïdite de De Quervain** : bilan immunologique négatif et thyroglobuline augmentée (lyse cellulaire)
- **Thyrotoxicose à la cordarone** : bilan immunologique négatif, thyroglobuline normale, iodurie des 24h augmentée
- **Prise cachée d’hormones thyroïdiennes** : thyroglobuline effondrée et iodurie des 24h augmentée

QUESTION N° 4

La radiographie de thorax et l'échographie cardiaque transthoracique que vous avez demandées en urgences sont normales.

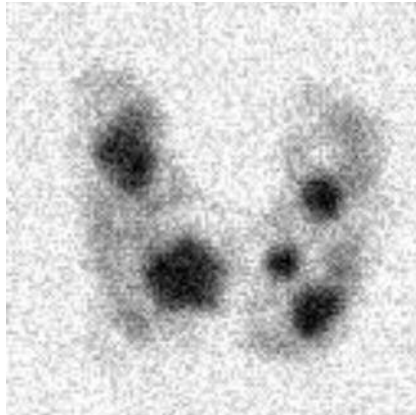
Quelle stratégie choisissez-vous pour le trouble du rythme et pourquoi ?

- **Hospitalisation**..... 2
- **Arrêt des AINS**
- **Traitement antithrombotique** : 2
- **Le choix se portera sur une anticoagulation à doses hypocoagulantes** : 2
 - ***car la fibrillation auriculaire est récente**..... 1
 - ***et la cardioversion est très probable** 1
- **Anticoagulation efficace par héparine**..... 2
 - *avec un objectif de TCA 2 à 3 fois le témoin.
- **Relais AVK débuté à J0** 2
 - **Concernant le choix entre contrôle du rythme et de la fréquence, le choix se fera sur le contrôle de la fréquence car** :..... 2
- **La fibrillation auriculaire a une étiologie très probablement curable (l'hyperthyroïdie)**..... 1
- **La probabilité de récurrence du trouble du rythme est élevée si l'on tente une cardioversion avant le traitement de l'hyperthyroïdie** 1
 - **Ralentir la fibrillation par des bêtabloquants** 2
 - **Surveillance** :
- **Efficacité : clinique : ECG, signes d'accident embolique**2
- **Et biologique (TCA, INR)**
- **Tolérance : clinique (signes hémorragiques) et biologique (plaquettes)**

NB : si prescription d'amiodarone = ZERO

QUESTION N° 5

Vous avez demandé l'examen d'imagerie suivant. Interprétez-le en expliquant le mécanisme des anomalies visibles.



- Il s'agit d'une **scintigraphie thyroïdienne**..... 2
- On voit des **plages nodulaires hyperfixantes et des plages de parenchyme sain extinctives donnant un aspect en damier**..... 2
- Cet aspect en damier, dans ce contexte clinique d'hyperthyroïdie et de goitre multinodulaire, est très fortement évocateur d'un **Goitre Multinodulaire Toxique** 2
- **L'hypersécrétion non contrôlée d'hormones thyroïdiennes par les nodules chauds explique l'hypercaptation du traceur radioactif** 2
- Et donc les nodules hyperfixants
- **Cette hypersécrétion nodulaire induit un rétrocontrôle négatif sur la TSH qui est abaissée et qui ne stimule pas le reste du parenchyme, ce qui explique que le traceur ne soit pas capté par le reste des cellules thyroïdiennes** 2
- D'où l'extinction du reste du parenchyme

NB : la scintigraphie thyroïdienne est donc un examen morphofonctionnel

Rappel : la synthèse des hormones thyroïdiennes par les thyrocytes nécessite la captation de l'iode circulant ; dans les conditions physiologiques, cette synthèse (et donc indirectement la captation de l'iode) est régulée par la TSH

QUESTION N° 6

Quelle sera votre prise en charge immédiate concernant la pathologie de fond de Monsieur R. (avec la surveillance) ?

- Compléter le bilan morphologique par une **échographie cervicale** : 2
- Taille du goitre, nombre de nodule et taille, caractère suspect des nodules, détection de nodules non fixants, présence d'adénopathies, vascularisation des nodules et du parenchyme
- Traitement de la thyrotoxicose : **antithyroïdiens de synthèse** : 2
- **Carbimazole** : 2
- *à dose d'attaque puis décroissance progressive selon bilans de contrôle ou ajout de levothyroxine si passage en hypothyroïdie
- Autres traitements symptomatiques :
- Poursuivre le bêtabloquant

- **Sédatif type benzodiazépine à faible dose** :..... 2
 - bromazépan par exemple
- **Repos**..... 2
 - Arrêt de travail
 - Surveillance :
- **Efficacité : disparition des signes de thyrotoxicose**..... 1
- **TSH/T4** 1
 - *toutes les deux semaines jusqu'à l'euthyroïdie, puis tous les trois mois :
 - objectif : faire disparaître les symptômes de thyrotoxicose et normaliser la TSH.
- **Tolérance** :
 - ***éducation sur le risque d'agranulocytose iatrogène immuno-allergique**..... 2
 - ***consulter si éruption cutanée, angine, NFS tous les 10 jours pendant deux mois puis à chaque contrôle du bilan thyroïdien, ordonnance de NFS à faire en urgence si fièvre** 2

NB : si oublié « éducation sur le risque d'agranulocytose iatrogène immuno-allergique, contrôles NFS réguliers, et ordonnance de NFS en urgence en cas de fièvre » = ZERO

QUESTION N° 7

Monsieur R... vous demande quelle est la procédure à suivre pour l'arrêt de travail. Que lui répondez-vous ?

- Le médecin remplit le formulaire d'avis d'arrêt de travail..... 1
- Monsieur R... doit adresser les volets 1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail à la CPAM dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail 2
- Puis, il doit envoyer le volet 3 à son employeur 2
- Il doit également faire parvenir à la CPAM une attestation de salaire établie par son employeur dès que possible 2

QUESTION N° 8

Que prévoyez-vous comme complément thérapeutique ?

- Traitement étiologique : traitement radical 2
- Alternative : traitement chirurgical :
- **Thyroidectomie totale** 2
- **Ou IRA thérape.**..... 2
 - Pour les deux techniques : **nécessité d'une euthyroïdie parfaite avant le traitement** 2

NB :

- **Modalités de la chirurgie** : thyroidectomie totale par voie cervicale avec repérage et conservation des parathyroïdes et des nerfs récurrents et examen histologique extemporané ; nécessité d'une hormonothérapie substitutive après l'intervention
- **Modalités de l'IRA thérape** : après déplétion en iode ; le délai d'action peut aller jusqu'à six mois ; il faudra continuer la surveillance des nodules non fixants à vie
- Chez cet homme sans antécédents (risque anesthésique faible), et devant le nombre important de nodules, on s'oriente plutôt vers le traitement chirurgical, bien qu'il n'y ait pas de recommandation à ce sujet

NB : si oublié « nécessité d'une euthyroïdie parfaite avant le traitement » = ZERO

QUESTION N° 9

Quelle information délivrez-vous alors à Monsieur R... ? Précisez notamment les avantages et les inconvénients de chaque technique.

- Dans un langage clair et approprié, au calme, en s'assurant de la bonne compréhension : 2
- Informer à nouveau sur : 2
 - *Le diagnostic de Goitre Multihétéronodulaire Toxique
 - *l'histoire naturelle sans traitement et ses complications potentielles..... 2
 - *(persistance de l'hyperthyroïdie avec retentissement cardiovasculaire et osseux, augmentation de la morbi-mortalité)
 - *sur la complexité de la surveillance des nodules 2
(échographie régulière et cytoponctions itératives dont certains peuvent être malins)
- Information sur le traitement, ses bénéfices et ses risques, et notamment ici sur les avantages et les inconvénients de chaque possibilité et les arguments du choix : ... 2
 - *traitement chirurgical :
 - avantages :
 - rapide et définitif : 1
 - permet d'obtenir un examen anatomopathologique sur l'ensemble de la thyroïde 1
 - Inconvénients : risques de la chirurgie :
 - risques liés à l'anesthésie générale, risque d'infection, risque de saignement et d'hématome compressif, risque de lésion des parathyroïdes et d'hypocalcémie..... 1
 - risque de lésion des nerfs récurrentiels et de dysphonie 1
 - *IRA thérapie
 - avantages :
 - alternative chez les patients présentant une contre-indication à la chirurgie
 - inconvénients :
 - traitement lourd, délai d'action pouvant aller jusqu'à six mois 1
 - risque de traitement incomplet et d'aggravation de l'hyperthyroïdie dans le premier mois suivant le traitement, pas d'examen anatomopathologique, nécessité d'une surveillance à vie des nodules restants 1

nc = non coté

Total.....100 points

Référence programme Epreuves Classantes Nationales 2004 :

I-1-6 : Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.

I-1-8 : Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.

I-236 : Fibrillation auriculaire

I-246 : Hyperthyroïdie