

RECIT DE SITUATION COMPLEXE AMBULATOIRE

Nabil MAZOUZI

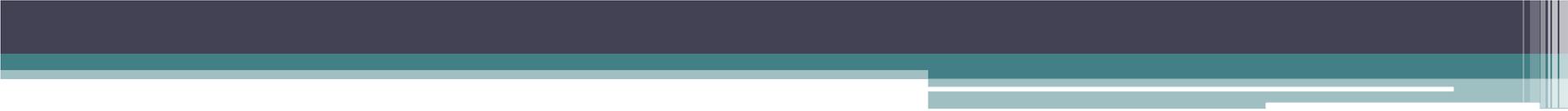
Interne de Médecine Générale

Troisième semestre

(novembre 2008-avril 2009)

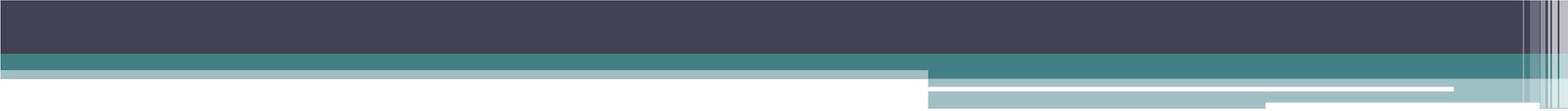
Maître de stage : **Dr Pierre-François CHEVALLIER**

DIGNE LES BAINS 04000



Plan du mémoire de fin de stage

- Introduction
- Présentation du cas clinique
- Recommandations
- Prise en charge et spécificités lié à la pratique de la médecine générale
- Conclusion
- Bibliographie



Introduction

Stage de 6 mois dans un cabinet de Médecine Générale. Avec une activité urbaine et semi-rurale

Objectif : Acquisition des compétences nécessaires à la pratique médicale libérale en soins primaires.

Présentation du cas clinique

- M. L. Jean, est âgé de 63 ans. Il vit avec sa mère grabataire suite à un AVC. Je le vois pour la première fois en janvier 2009, Il profite de mon passage pour une visite périodique de sa mère, pour me confier son inquiétude par rapport à une douleur retro-sternale angoissante, survenue, par un temps froid, pendant qu'il faisait des travaux habituels dans sa ferme. Il dit avoir été rapidement soulagé par la prise de trinitrine, et ce, en moins d'une minute.
- Il est manipulateur radio à la retraite, et possède donc une certaine connaissance médicale. Il me confie sa grande inquiétude quant à son origine possiblement cardio-vasculaire.
- Je suis d'emblée partagé entre le sentiment que peut donner certains patients du milieu médical qui somatisent, et la hantise de négliger une urgence cardiovasculaire.
- Il était asymptotique. Je lui demande donc, de consulter rapidement au cabinet de façon à documenter ses douleurs.

Antécédents

- Je le vois, quelques jours après, au cabinet médical. Dans ses antécédents, On retrouve, une maladie de Parkinson, sous dopa thérapie, et neurostimulation sous-thalamique. Il a été victime d'un accident de la route avec un traumatisme thoracique, avec comme séquelle une ostéosynthèse du coude, et une gêne thoracique chronique plus ou moins gênante.
- Il n'a jamais fumé, et on ne lui a jamais parlé d'hypercholestérolémie.
- Il présente depuis 5 ans un syndrome anxio-dépressif, traité en 2006 par Escitalopram.

Anamnèse

- Je commence d'abord par préciser sa douleur. Il me la décrit comme très angoissante, à type de déchirure, à l'emporte pièce parfois, sans forcément être déclenché par un effort, et serait plus fréquente la nuit, à l'endormissement. D'ailleurs c'est un facteur d'insomnie pour lui. Enfin elle ne dure jamais plus d'une minute à son paroxysme.

Examen physique

- L'examen, retrouve un poids à 72 Kg pour une taille à 170 cm (BMI à 24 kg/m²), un périmètre abdominal à 96 cm, une pression artérielle à 140/80 mmHg sans anisotension, et l'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularités.
- Il me signale au cours de l'examen, des problèmes de plaques rouges apparues il y'a quelques mois, à la face interne des cuisses, des mollets, et au niveau des coudes.
- Il est aussi angoissé par sa prostate, et me demande s'il ne faut pas vérifier par une échographie. En l'interrogeant, je ne retrouve pas de syndrome urétral. Je suis rapidement submergé par les questions.
- Je lui propose donc de revoir les problèmes un par un, et que ce jour là, on allait s'occuper de son état cardiovasculaire.

Prise en Charge (1)

- Je lui prescris une biologie, avec un calcul du taux de LDL, une Glycémie à jeun, une CRP, un acide urique, et une fonction rénale. J'en profite pour faire un dosage des PSA, en prévision d'un toucher rectal. En attendant les résultats je lui demande de réaliser un ECG de repos, ainsi qu'une épreuve d'effort chez un confrère cardiologue, en lui expliquant que c'est le meilleur moyen d'éliminer une douleur angineuse.
- Je le revois, en Février, soit un mois après, avec ses résultats biologiques. Il n'a pas pu faire l'épreuve d'effort car les délais étaient trop longs. La douleur était toujours là, paroxystique, mais sans aggravation. La Glycémie à jeun était à 1.03 g/L, le LDL cholestérol était à 1.30 g/L, avec un HDL à 0.59g/L. l'acide urique et la CRP était normaux, respectivement à 58mg/L, et 1mg/L. le PSA était normal à 0.52 ng/ml.
- Le toucher rectal, retrouvait une prostate sans anomalies. Les résultats rassurants que je lui annonçais ne semblaient pas le rassurer, on décide donc, de maintenir l'épreuve d'effort pour conclure.
- J'examine ses lésions cutanées, qui étaient érythémato-squameuses non prurigineuses, bien circonscrites et localisées sur les zones de fortement des membres inférieurs, et sur les coudes.
- Il me confit cette fois-ci qu'il n'avait pas le moral, et que ses angoisses l'envahissaient à tel point qu'il se sent déprimé. Il ajoute qu'il est dans cet état depuis la perte de son ami suite à un SIDA.

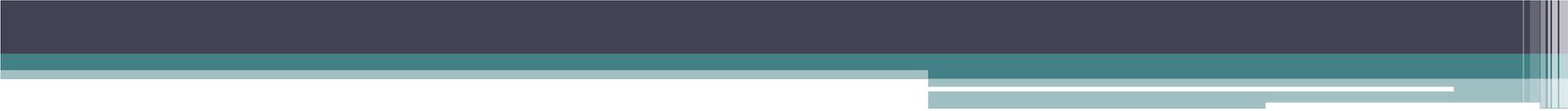
Prise en charge (2)

- On se revoit trois semaines plus tard, avec les résultats de l'épreuve d'effort. Le confrère cardiologue me précise, qu'il avait pu atteindre la puissance maximale de 120 watt, sans douleur ni modification ECG. Le Doppler artériel pratiqué dans le même temps ne trouvait pas d'anomalies aortiques, et l'échographie cardiaque était normale. J'évoque avec le patient la possibilité d'une origine digestive ou pariétale à cette douleur, et dans ce sens je prescris un IPP comme test diagnostic. J'explique que si le test s'avère négatif on pourra évoquer une origine pariétale voire spastique à cette douleur.
- Je lui propose de parler de son état d'angoisse, et il m'avoue qu'il se sent isolé depuis le décès de son ami avec lequel il partageait les travaux à la ferme. La maladie de sa mère le pèse et a un fort sentiment d'impuissance quant à l'aide qu'il peut lui apporter. Il a cependant une sœur qui l'aide, et qui gère les différentes aides pour sa mère.
- Je termine la consultation par un courrier destiné à son neurologue, en évoquant une origine neuromusculaire en rapport avec l'évolution de sa maladie de Parkinson.



Les points importants de cette situation

- Patient de 63 ans
- Douleur thoracique
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Maladie de Parkinson
- Syndrome anxio-dépressif
- Plaintes multiples (douleur, dépression, prostate, dermatose...)
- Gestion de la consultation, du temps, des plaintes multiples.



Questions posées

- Evaluation de l'urgence cardiovasculaire
- Conduite à tenir devant une douleur thoracique
- Prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif
- Dépression et maladie de Parkinson
- Douleur et maladie de Parkinson

Les compétences et les connaissances nécessaires

- **Médicales :**
- Connaitre la conduite à tenir devant une douleur thoracique
- Savoir faire le diagnostic d'un psoriasis et initier le traitement.
- Gestion de la douleur dans la maladie de Parkinson.
- Diagnostic d'un syndrome dépressif.
- **Relationnelle :**
- Savoir rassurer un patient anxieux
- Savoir évoquer l'état émotionnel au cours d'une consultation « somatique »
- **Organisationnelle :**
- Travailler en collaboration avec le cardiologue
- Travailler en collaboration avec le dermatologue
- Travailler en collaboration avec le neurologue
- Mise en place des différentes aides paramédicales et sociales.

Recommandations et consensus

- **Les pistes de recherche :**
- 1°/ Recommandations face à une Douleur thoracique, actualisation des connaissances :
- 2°/Syndrome dépressif, maladies chroniques, et maladie de Parkinson.
- 3°/ Lien entre Douleur et maladie de Parkinson

1 ° / Recommandations face à une Douleur thoracique, Actualisation des connaissances (1)

- L'incidence annuelle de la douleur thoracique en médecine générale dans les pays du nord de l'Europe est de 1 à 2 %⁵. Elle est de 1.8 % selon le dictionnaire des résultats de consultation de la société française de médecine générale (SFMG). A l'inverse la prévalence en milieu hospitalier est très différente puisqu'elle varie, selon les études entre 5 à 20 % des motifs de consultation aux urgences. Les étiologies varient d'une simple douleur pariétale (cause la plus fréquente), à des urgences vitales comme l'IDM, l'embolie pulmonaire, et la dissection aortique².
- Notre cas illustre bien, l'évaluation d'une douleur thoracique en médecine de ville n'est pas aisée, car elle n'est pas toujours évoquée en premier. Dans notre cas elle est évoquée au décours d'une consultation pour un proche. On a tous vécu la situation d'une douleur thoracique évoquée en fin de consultation et pire encore quand c'est une question « poignet-de-porte ».
- Les questions qui se posent au clinicien sont la réalité de la plainte, l'origine cardiaque, et le degré d'urgence.

1 ° / Recommandations face à une Douleur thoracique, actualisation des connaissances (2)

- Selon les recommandations, doivent être éliminés d'abord, les urgences cardiovasculaires, par ordre de fréquence à savoir ; l'insuffisance coronarienne, avec ses trois degrés croissant de gravité, l'angor stable, instable, et l'IDM (SCA ST+) ; l'embolie pulmonaire, et enfin la dissection aortique. Une fois ces trois urgences vitales écartés, l'enquête peut se poursuivre à la recherche des causes péricardiques, pleuro-pulmonaires, digestives, et enfin les douleurs non viscérale (musculo-squelettiques, neurologiques, et dystoniques)⁷.
- Pour notre patient, les caractéristiques étaient assez évocatrices, douleur par temps froids, lors d'un effort. Et la consultation a pu être différée car le patient était asymptomatique au moment de la plainte, et la douleur très brève survenue à l'effort pouvant évoquer au pire, un angor stable.
- L'analyse de ses facteurs de risque cardiovasculaires, retrouvait un risque cardiovasculaire faible, puisque le seul critère retrouvé était le sexe masculin avec un âge supérieur à 55 ans. L'épreuve d'effort pratiquée avait confirmé chez ce patient anxieux l'absence de coronaropathie.

1°/ Recommandations face à une Douleur thoracique, actualisation des connaissances (3)

- Y'a-t-il un intérêt à utiliser un score pour stratifier le risque en pratique quotidienne ?
- Une étude suédoise⁵ portant sur 516 patients consultants pour douleur thoracique démontre qu'un jugement clinique permettant de classer les patients selon un risque faible, moyen, et fort, avait une sensibilité de 88% avec une spécificité de 72%.
- La décision qui en découle serait soit une expectative (wait and see), soit une investigation, et ceci avec une performance importante puisque la valeur prédictive négative était de 98%.
- Cette étude est confortée par une étude française récente ⁵ basée sur une stratification de risque sur la base de huit variable prédictive (âge, sexe, antécédent, localisation sous-sternale, effort déclenchant, durée de la douleur, absence de douleur palpatoire). Dans cette étude la valeur prédictive négative était de 97%.
- En somme, un score clinique simple, basé sur les facteur de risque cardiovasculaires, l'âge, le sexe, ses éventuels antécédents coronariens, et les caractéristiques de la douleur permet d'exclure avec une sécurité suffisante une cause coronarienne chez un patient consultant en médecine générale.

2°/Lien entre Syndrome dépressif, maladies chroniques, et maladie de Parkinson (1)

- La dépression survient à un moment ou à un autre de l'évolution chez 50 % des parkinsoniens⁸. Les troubles cognitifs s'observent dans 20 à 30 % des cas dans les formes évoluées. Une étude norvégienne⁹ regroupant 245 patients parkinsoniens, démontre une prévalence plus importante de la dépression en prenant comme critère un score supérieur à 18 sur l'échelle de dépression de Beck en comparaison avec des groupes atteints de maladie chronique autre (diabète de type II) et de groupe du même âge en bonne santé, avec respectivement, 24.1%, 11%, et 4%.
- En ce qui concerne notre patient, l'humeur dépressive, l'insomnie, et la fatigue, bien qu'insuffisants (selon la CIM 10, et la DSMIV) pour parler de syndrome dépressif caractérisé, font penser à la présence d'une dépression masquée, plus difficile à cerner, car notre patient met en avant un cortège de plaintes somatiques, et surtout des symptômes d'angoisse qui font égarer le diagnostic.

2°/Lien entre Syndrome dépressif, maladies chroniques, et maladie de Parkinson (2)

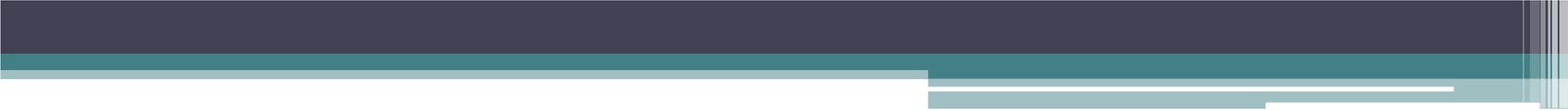
- **Notre patient a t-il des facteurs de risque de dépression ?**
- Dans la même étude norvégienne⁹, les troubles cognitifs et intellectuels évalués par un MMS (Mini Mental Test) inférieur à 24, et un score intellectuel de l'UPDRS (Unified Parkinson's Diseases Rating Scale) supérieur ou égal à 2, augmentent le risque de Dépression sévère avec un facteur de 6.6 et 3.5 respectivement.
- Ces deux tests n'ont pas été réalisés pour notre patient, mais l'interrogatoire ne laissait pas transparaître des troubles cognitifs particuliers.

3/ Relation entre la douleur et la maladie de Parkinson (1)

- En ce qui concerne, notre patient, trois questions s'imposaient, à savoir tout d'abord une relation possible entre une dépression plus ou moins masquée par la douleur ? une possible origine organique en rapport avec des manifestations non motrices de la maladie de Parkinson ? et enfin, une origine possiblement digestive s'intégrant dans le cadre de sa maladie ?
- La dépression et la douleur sont fréquemment retrouvés dans les maladies chroniques, et on dispose de peu d'études sur ce lien dans la maladie de Parkinson, une étude américaine³ comparant 227 patients atteints et 100 patients témoins comparables et en bonne santé, retrouve une fréquence plus élevée de la douleur chez les parkinsonien (69 contre 39%), avec chez les patients douloureux des scores de dépression (MADRS, et BDI) plus élevés. Chez ce même groupe de patients la dépression majeure était aussi plus fréquente.

3/ Relation entre la douleur et la maladie de Parkinson (2)

- Le tractus digestif, et l'œsophage en particulier, sont particulièrement atteints dans les maladies neurodégénératives. Malgré tout, il existe peu d'études sur le sujet. Une étude italienne² basée sur la mesure manométrique œsophagienne chez 18 patients atteints à différents stades de la maladie de Parkinson (I, II, III, IV), retrouve 61% de plaintes œsophagiennes à type de dysphagie, régurgitation, pyrosis, et de douleur thoracique. Les anomalies manométriques ont été retrouvées chez 61% des patients.
- Les différentes atteintes, sont de type contractions répétées, simultanées, diminution de du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage, ou une augmentation des amplitudes de contraction.
- Cependant seulement 33.3% avaient à la fois les symptômes et les anomalies manométriques.



3/ Relation entre la douleur et la maladie de Parkinson (3)

- Enfin les manifestations non motrices peuvent survenir de façon concomitante ou indépendante des fluctuations motrices au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson¹⁰ .
- Ces manifestations peuvent parfois être plus gênantes que les manifestation akinéto-rigides elles-mêmes. Elles sont divisées en 3 sous-groupes : dysautonomiques, cognitivo-psychiques et sensitivo-douloureuses. L'identification de ces manifestations, polymorphes dans leur expression clinique, est importante car elles peuvent parfois mimer des urgences cardiaques ou digestives.

Prise en charge et spécificités lié à la pratique de la médecine générale

- Le premier recours :

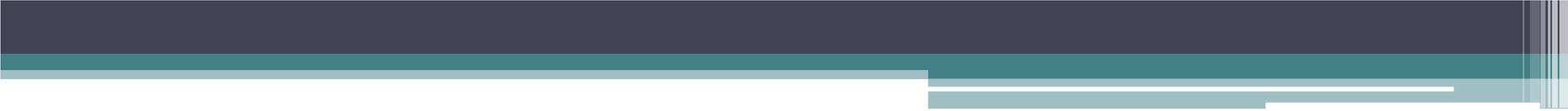
- Bien que ça soit un fait inhabituel, Nous avons été le premier recours en ce qui concerne la plainte cardiovasculaire. Il faut rappeler que le patient était asymptomatique au moment de la demande de consultation.

- continuité des soins :

- Le patient a été revu, après chaque consultation chez un confrère, et après chaque examen par acinique.

- La prise en charge globale :

- Au cours des trois consultations effectuées, des actions de prévention primaires, ont été accomplis pour le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, par le dosage du cholestérol LDL, la glycémie à jeun, et la réalisation d'un Electrocardiogramme. Bien qu'il ne soient pas encore recommandés, nous avons réalisé d'autres marqueurs d'atteinte vasculaire comme la CRP, et l'acide urique.
- Pour le dépistage du cancer de la prostate, nous avons réalisé un toucher rectal et un dosage de PSA.



- **La coordination des soins**

- L'avis du confrère cardiologue, a été nécessaire , dès le début de la prise en charge, pour éliminer une douleur coronarienne.
- Au vu de la recherche bibliographique, L'avis du confrère neurologue¹⁰, était tout à fait pertinent, compte tenu de la fréquence de la douleur œsophagienne, et dysautonomique chez le patient parkinsonien.

- **Rôle d'acteur de santé publique :**

- En ce qui concerne la douleur thoracique , l'incidence faible en médecine générale, ne doit nous faire sous-estimer l'importance de sa prise en charge compte tenu, de l'extrême importance pour l'omnipraticien de pouvoir éliminer les trois causes cardiovasculaires suscitées, l'infarctus du myocarde , la dissection aortique, et l'embolie pulmonaire. .
- Le contraste existant entre le taux de prescription des antidépresseurs et du dépistage toujours insuffisant de la dépression, place le médecin généraliste en première ligne, avant même le psychiatre, pour le dépistage de la dépression.

Conclusion

Ce travail descriptif, et de recherche permet de passer d'une lecture clinique simple et bien codifiée, à savoir la prise en charge ambulatoire d'une douleur thoracique, à une situation beaucoup plus complexe, qui repose sur l'expérience, et la mise en relation de différentes compétences pour cerner un problème sous-jacent ou une souffrance masquée. Dans notre cas un syndrome dépressif lié à une maladie chronique, et de recherche, illustre une situation d'interaction médecin patient.

La prise en charge globale de ce patient, est rendu possible justement par la place privilégié du médecin généraliste qui se retrouve comme acteur central dans le dépistage de la maladie psychique

Toute ma gratitude va à Pierre François, qui m'a guidé pour ce travail et appris à écouter, et à lire « entre les lignes ».

Bibliographie (1)

- [1] A. Anguenot, P.Y. Loll, J.P. Neau, P. Ingrand, R. Gil *Depression et Maladie de Parkinson: étude d'une série de 135 parkinsoniens. Can. J. Neurol. Sci.* 2002; 29: 139-146
- [2] Bassotti G, Germani U, Pagliaricci S, Plesa A, Giulietti O, Mannarino E, Morelli A. *Esophageal manometric abnormalities in Parkinson's disease. Dysphagia.* 1998 Winter;13(1):28-31
- [3] Ehrt U, Larsen JP, Aarsland D. *Pain and its relationship to depression in Parkinson disease. Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Apr;17(4):269-75.
- [4] HAS *Conférence de consensus : La Maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques 3 mars 2000. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/parkcourt.pdf> (consulté le 05/02/2009)*
- [5] Herzig L, Baris G, Vaucher P, et al. *Score clinique prédictif d'ischémie myocardique chez des patients ayant une douleur thoracique en médecine générale. Exercer* 2009 , 85(suppl) ; 44S-5S.

Bibliographie (2)

- [6] *Martial H. DOULEUR THORACIQUE ECN Item N° 197 [en ligne]. Service des Maladies du Cœur et des Vaisseaux Centre Hospitalier Universitaire de Caen Avenue Côte de Nacre 14033 Caen cedex. Disponible sur : www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/197.(consulté le 04/03/2009)*
- [7] *Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique des épreuves d'effort chez l'adulte en cardiologie. www.cardio-sfc.org/recommandations/sfc/la-pratique-des-epreuves-d2019effort-chez-l2019adulte-en-cardiologie (consulté le 03/03:2009).*
- [8] *Tandberg E, Larsen JP, Aarsland D, Cummings JL : The occurrence of depression in Parkinson's disease. A community-based study, Arch of neurology 1996 Feb;53(2):175-9*
- [9] *Tandberg E, Larsen JP, Aarsland D, Laake K, Cummings JL : Risk factors for depression in Parkinson disease, Arch of neurology: 1997 May;54(5):625-30*
- [10] *Witjas T, Kaphan E, Azulay JP. Non-motor fluctuations in Parkinson's disease : Rev Neurol (Paris). 2007 Sep;163(8-9):846-50*