

# *Cas clinique*

*Présenté par  
Dr TRIMECH Mohamed Naceur*



# IAO : 08h26

- Patient de 68 ans
- Motif de consultation : TC sans PC avec plaies de la face et du scalp, syndrome confusionnel
- Constantes vitales :
  - CGS 14
  - TAS 127 / TAD 82
  - FC 60 bpm
  - $\theta^{\circ}$  33.6
  - SaO2 99% (aa)
  - FR 22 cyc/min
  - EVA 02/10
  - Dextro 6 mmol/L

Votre triage ?  
Délai, secteur, pourquoi ?

# Orientation = Traumatologie

- Histoire de la maladie :

- Chute d'allure mécanique dans les escaliers
- TC sans PC avec effraction tégumentaire
- Notion de céphalée et de faiblesse des membres depuis 4 jours
- Interrogatoire très difficile (patient confus, séquelles de trachéotomie)
- Hypothermie probablement d'exposition

- Habitudes de vie :

Vit avec sa femme, autonome sauf depuis quelques temps  
marche avec canne, trouble cognitif 0

- ATCD :

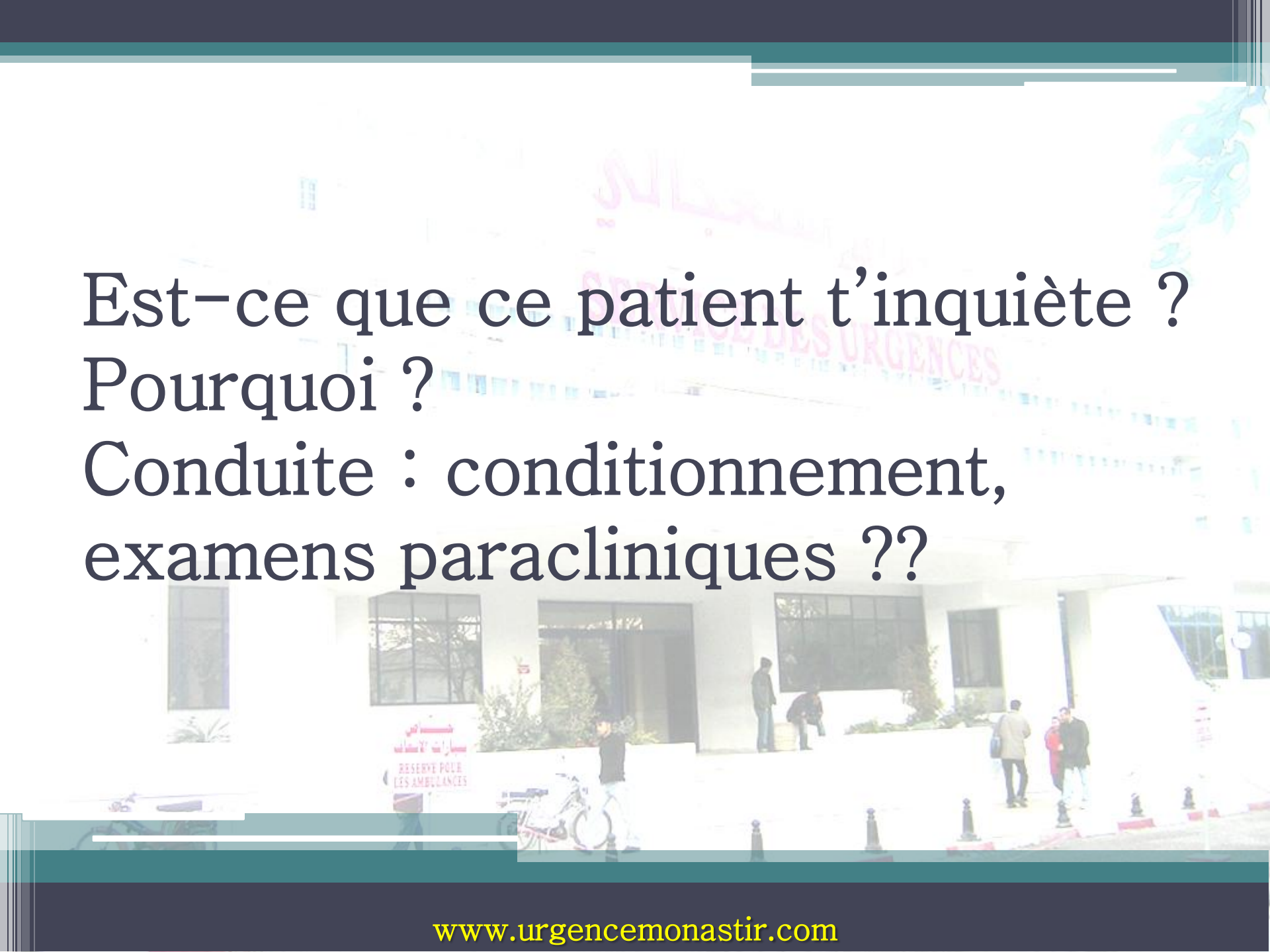
Cécité OD post traumatique, Intervention ORL Juin 2010  
type hemipharyngectomie avec curage ganglionnaire  
bilatéral, AVP en 1975, Arthrose.

- TTT habituel :

Citalopram, Tobradex, Vit A pommade oculaire, Alprazolam,  
Noctran, Fumafer

# Examen clinique initial : 09h15

- Patient confus CGS 14
- Pupille gauche en ISR, pupille droite inexaminable
- Hypoesthésie des extrémités, testing moteur irréalisable
- EHD stable, examen cardiovasculaire sans particularité
- Examen pleuro-pulmonaire sans particularité
- Abdomen souple depressible insensible
- Bilan lésionnel clinique : **dermabrasion frontale gauche, plaie aile nez gauche suturée, dermabrasion malléolaire interne droite, douleur reproductible a la palpation du coccyx et du rachis cervical, pas de trouble de la mobilisation des autres articulations et pas d'autre plaie.**
- Reste de l'examen somatique: **sans particularité**



Est-ce que ce patient t'inquiète ?  
Pourquoi ?  
Conduite : conditionnement,  
examens paracliniques ??

# Conduite adoptée

- Scanner cérébral : sans anomalie
- Scanner du rachis cervical : fusion C6-C7, pas de lésion traumatique récente, pas d'image de compression
- Imagerie standard : pas de lésion fracturaire, opacité pulmonaire basale droite



# Evolution : réévaluation 00h20 par senior Trauma

- Patient toujours confus CGS 14
- Examen neurologique stable
- EHD stable
- Polypneique à 28 cyc/min, pas de signe de lutte, pas de syndrome pleural, auscultation claire
- Abdomen souple dépressible insensible
- Soins plaies-dermabrasions

Appel IDE pour PIC hypertensif  
200/100 vers 06h20

---

=> réévaluation 06h35 par  
Interne Médecine

## Transfert au SAUV: réévaluation 08h30 par interne SAS

- Patient confus CGS 14, reflexes cornéens présents
- Pupille gauche en ISR, pupille droite inexaminable
- Tétra parésie avec plégie des membres inférieurs
- Aréflexie ostéo-tendineuse , RCP indifférents
- Polypneique à 25 cyc/min, pas de signe de lutte, désaturation à 80 %, pas de syndrome pleural, auscultation claire
- EHD stable
- Reste examen somatique sans particularité



# HYPOTHÈSES

## DIAGNOSTIQUES ?

Poursuite des investigations ??

# Résultats : biologie, imagerie ...

- GB 7 600 / 11 200, Hb 9 / 10.4, Plq 318 000 / 370 000
- TP 81% , TCK normal
- Créatinine 50 / 54, Urée 6.4 /6.8, CRP 53 / 59 / 85
- Na+ 136 / 132, K+ 4.2 / 3.7, Cl- 95 / 91, RA 33 / 30
- Bilan hépatique normal, Ca++ 2.35
- Vit B12 440, Folates 16.1, Hypoferrétinémie, Fer sérique

# Résultats : biologie, imagerie ...

- pH 7.44, PaO<sub>2</sub> 47.2 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 44 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 29.1 mmol/L
- PL : proteinorachie 0.66 g/L, glycorachie 4.2 mmol/L
- PL : Eléments blancs 1, Hématies 0.5
- Pro calcitonine : 0.148 / 0.603
- Troponine : 0.021

# Résultats : biologie, imagerie ...

- **IRM médullaire** : Cervicoarthrose étagée avec débords disco-ostéophytiques étagés avec canal cervical rétréci et compression médullaire aux étages C3-C4 C4-C5 et C5-C6. Hyper signal centromédullaire de myélopathie cervicarthrosique étendu en regard.
- **EMG** : allongement des latences motrices et distales et des ondes F plus marquées aux membres inférieurs. L'examen électromyographique ne montre pas d'activité volontaire ni de souffrance aiguë.



**DIAGNOSTIC ???**



# En conclusion

- Forte suspicion de ***syndrome de Guillain Barré***
- Patient hospitalisé en réanimation Lariboisière  
Transfert à J3 en réanimation Garches
- Actuellement J 18 d'hospitalisation, Intubé ventilé, en phase de plateau, infection 0
- **IRM médullaire de contrôle** : signes de compression de la moelle cervicale de C2 à C7 sur cervicarthrose.