

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

BENOÎT ROUSSEL
SARA TALHAOU

2^e édition



ECOS

LA

MARTINGALE*

ECOS



ENTRAÎNEMENTS ET ANNALES

TOUTES LES SITUATIONS DE DÉPART EN 4 VOLUMES

Tous les attendus d'apprentissage
des situations de départ en fiches



HYPOCAMPUS



Neurologie
Psychiatrie
Hématologie
Ophtalmologie
ORL-CMF



Odynophagie/dysphagie

Situation de départ n° 52

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous recevez en consultation d'ORL un patient de 78 ans pour dysphagie avec odynophagie et altération de l'état général. C'est un patient aux antécédents d'insuffisance rénale chronique de stade IV sur néphroangiosclérose bénigne, de cardiopathie ischémique triple stentée, de bronchopneumopathie chronique obstructive GOLD 3 et d'intoxication éthylo-tabagique chronique évaluée à 3 verres de rosé par repas et 94 paquets-année (2 paquets/j depuis 47 ans).

Il rapporte une perte de poids de 18 kg en 6 mois (poids actuel de 62 kg contre un poids de forme à 80 kg) sans réduction des apports alimentaires ; accompagnée d'une asthénie franche ne lui permettant plus de réaliser sa marche hebdomadaire.

Vous constatez à l'examen endobuccal la lésion suivante :



C'est une lésion ulcérée et bourgeonnante reposant sur une base indurée, saignant au contact, avec trouble de motilité linguale, gêne buccale et glossodynie.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Expliquez au patient qu'il s'agit d'une probable lésion cancéreuse et que vous devez réaliser un prélèvement local. Vous n'avez aucun examen clinique ni prélèvement à réaliser ; c'est une consultation d'annonce de diagnostic potentiel où vous devez interagir avec le patient.

Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient

2. Expliquez au patient la programmation, le déroulé et l'intérêt d'une panendoscopie qu'il faudra réaliser dans le bilan de cette lésion linguale.

Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

Consignes au patient

Contexte : vous êtes reçu en consultation d'oto-rhino-laryngologie

Nom/prénom patient(e) – Age : Mr X, patient de 78 ans

Taille/poids : 180 cm – 80 kgs

Antécédents personnels : insuffisance rénale chronique de stade IV sur néphroangiosclérose bénigne, cardiopathie ischémique triple stentée, bronchopneumopathie chronique obstructive GOLD 3

Antécédents familiaux : aucun

Traitement à domicile : BISOPROLOL (B-bloquant) – ATORVASTATINE (statine) – KARDEGIC (antiagrégant plaquettaire) – RAMIPRIL (IEC) – DAPAGLIFOZINE (iSGLT2) – TIOTROPIUM inhalé (BDLA anticholinergiques)

Mode de vie : retraité, autonome dans les actes de la vie courante, vous vivez avec son épouse, intoxication éthylo-tabagique chronique évaluée à 3 verres de rosé par repas et 94 paquets année (2 paquets/j depuis 47 ans)

Histoire de la maladie : Vous consultez pour dysphagie avec odynophagie et altération de l'état général. Vous relatez une perte de poids de 18 kg en 6 mois (poids actuel de 62 kg contre un poids de forme à 80 kg) sans réduction des apports alimentaires ; accompagnée d'une asthénie franche ne vous permettant plus de réaliser votre marche hebdomadaire.

Questions à fournir à l'étudiant si pas de mention spontanée dans l'échange à la question 1 :

Que pensez-vous de cette lésion ? À quoi est-elle due ? Devez-vous l'enlever ou l'analyser ?

Questions à fournir à l'étudiant si pas de mention spontanée dans l'échange à la question 2 :

Qu'est-ce qu'une panendoscopie exactement ? Est-ce que je vais devoir voir un autre médecin ?

Est-ce que je vais être endormi pendant la procédure ? Est-ce que je vais être hospitalisé ?

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
→ Aptitude à structurer et mener l'entretien	1	.....
Q1		
Dire explicitement au patient que la lésion linguale est probablement cancéreuse	1	.....
Lésion probablement due à plusieurs facteurs dont l'intoxication tabagique et éthylique	1	.....
Expliquer que la preuve diagnostique passe par un prélèvement à faire pendant cette consultation sous anesthésie locale afin qu'il soit analysé	1	.....
Obtenir l'adhésion du patient afin de réaliser le prélèvement local	1	.....
Vérifier à plusieurs reprises la bonne compréhension du patient ; le faire reformuler et répéter si besoin	1	.....
Q2		
Expliquer la panendoscopie : (point si les deux éléments sont recherchés)	1	.....
→ Exploration visuelle de la muqueuse de l'ensemble des voies aérienne et digestive supérieures à l'aide de caméras pour visualiser l'intérieur de la cavité buccale, la trachée, l'œsophage, le pharynx et le larynx.		
→ Prélèvements possibles si d'autres lésions sont visualisées	1	.....
Geste à programmer rapidement dans les semaines à venir		
Expliquer que l'intervention sera réalisée sous anesthésie générale	1	.....
Expliquer au patient qu'il faut rester à jeun avant l'opération	1	.....
Expliquer que le patient devra probablement être hospitalisé après le geste, au moins pour un à quelques jours (et non pas en ambulatoire) au vu de ses comorbidités importantes	1	.....
Expliquer que le patient devra réaliser une consultation préalable avec un anesthésiste	1	.....
Demander au patient s'il a des questions à la fin de l'entretien	1	.....
Total	16	.....

Note x 20 / 16 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Les cancers ORL constituent un item difficile en raison de la multiplicité des localisations et des sous-types histologiques identifiables. Il est important d'en distinguer les principaux signes cliniques et bilans d'extensions complémentaires à demander.

Voici un résumé des principaux signes cliniques en fonction de la topographie du cancer :

Toute localisation	Adénopathie cervicale – Douleur – Dysphagie (sauf cavum et ethmoïde) Otalgie réflexe (sauf ethmoïde et larynx)
Ethmoïde	Obstruction nasale – Rhinorrhée – Épistaxis – Anosmie – Paralyse oculomotrice – Exophtalmie – Syndrome frontal – Névralgie du trijumeau
Cavum	Obstruction nasale – Rhinorrhée – Épistaxis – Dysfonction tubaire – Oreille bouchée – Hypoacousie – Diplopie – Acouphènes – Névralgie du V
Cavité buccale et oropharynx	Ulcération infiltrée, souvent indolore – Tuméfaction – Trouble de la mobilité linguale – Otalgie réflexe – Mobilité dentaire ou instabilité prothétique – Gingivorragie – Dysphagie – Odynophagie – Anesthésie du V3
Larynx	Dysphonie – Dysphagie – Dyspnée
Hypopharynx	Dysphagie – Dysphonie – Douleur – Otalgie réflexe

Les informations sur le déroulement d'une procédure d'annonce sont résumées à la station n° 146 (situation de départ : dysphonie).

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Troubles de déglutition ou fausse-route

Situation de départ n° 62

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de garde aux urgences et prenez en charge une patiente de 65 ans pour dyspnée fébrile ayant comme principal antécédent une sclérose latérale amyotrophique compliquée de troubles de la déglutition. Elle n'a pas d'allergie connue.

La dyspnée est apparue la veille et se majore progressivement. Elle est associée à une toux fébrile avec expectorations purulentes. La patiente rapporte un épisode de fausse route avant-hier en fin de soirée.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Effectuez un examen clinique ciblé et recherchez des signes de gravité respiratoire (patient représentée par un mannequin), en verbalisant à l'examineur ce que vous faites et ce que vous recherchez. Vous n'avez pas à rechercher des éléments sémiologiques neurologiques liés à la SLA.

Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient

2. Quel diagnostic suspectez-vous ? Comment le confirmez-vous ?
3. Répondez aux questions de la patiente :

- Que voyez-vous sur l'examen que vous avez demandé ?
- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est ma sclérose latérale amyotrophique simplement ?
- Pourquoi entraîne-t-elle des problèmes pour avaler les boissons et les aliments ?
- Quel est le lien entre mes problèmes de déglutition et mes problèmes respiratoires ?

Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

► Consignes au patient

Contexte : Vous consultez aux urgences

Nom/prénom patient(e) – Age : Mme A, patiente de 65 ans

Taille/poids : 160 cm – 70 kgs

Antécédents personnels : sclérose latérale amyotrophique compliquée de troubles de la déglutition

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : kinésithérapie respiratoire et motrice, orthophonie, antalgiques multimodaux

Mode de vie : déplacement en fauteuil roulant, aides au domicile pour la toilette, le ménage et les repas

Histoire de la maladie : Vous consultez pour dyspnée fébrile. La dyspnée est apparue la veille et se majore progressivement. Elle est associée à une toux fébrile avec expectorations purulentes. Vous rapportez un épisode de fausse route avant-hier en fin de soirée.

Éléments donnés par l'examineur à la question 2 si demandé par l'étudiant :

Constantes : Température 38,9 °C – Tension artérielle 124/66 mmHg – Fréquence cardiaque 98/min

Fréquence respiratoire 14 cycles/min – Saturation en oxygène 95 % en AA

Pas de signes de lutte respiratoire.

Pas de signes de faillite respiratoire.

Foyer systématisé de condensation alvéolaire au niveau inférieur du poumon droit associant : diminution du murmure vésiculaire, augmentation des vibrations vocales, souffle tubaire et crépitations localisés inspiratoires.

Imagerie donnée systématiquement à la question 4 par l'examineur :



Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
Q1		
Recherche des constantes (Température – tension artérielle – fréquences cardiaque et respiratoire – saturation en oxygène) : point si tous les éléments sont recherchés	1	.....
Recherche de signes de lutte respiratoire : polypnée, tirage, expiration abdominale active, battement des ailes du nez, stridor (point si $\geq 3/5$ éléments recherchés)	1	.....
Recherche de signes de faillite respiratoire : cyanose, bradypnée, difficulté pour parler, toux inefficace, respiration abdominale paradoxale, signes d'hypercapnie (sueurs, astérisis...)	1	.....
Point si $\geq 3/6$ éléments recherchés		
Examen pulmonaire à la recherche d'un foyer systématisé de condensation alvéolaire associant : $\searrow$ du murmure vésiculaire, $\nearrow$ des vibrations vocales, souffle tubaire et crépitations localisés inspiratoires (point tous les éléments sont recherchés)	1	.....
Q2		
Pneumopathie infectieuse d'inhalation (également accepté : pneumonie d'inhalation) lobaire inférieure droite	1	.....
Radiographie thoracique de face	1	.....
Q3 Toute réponse semblable à celle fournie sera acceptée et laissée à l'appréciation de l'examinateur		
Analyse de la radiographie : opacité (ou condensation) systématisée en regard du lobe inférieur du poumon droit, affirmant le diagnostic d'infection pulmonaire	1	.....
Explication SLA : maladie neurodégénérative entraînant un déficit moteur pur (également accepté : dégénérescence progressive des neurones des muscles striés qui permettent la motricité volontaire)	1	.....
Lien SLA et déglutition : certains neurones moteurs contrôlant les muscles permettant de déglutir sont atteints ; cela entraîne donc un déficit moteur avec une déglutition inefficace	1	.....
Lien troubles de déglutition et pneumonie : les fausses routes (c'est-à-dire le passage de la nourriture ou de la salive dans les voies respiratoires au lieu des voies digestives) vont entraîner la pénétration dans les voies aériennes du contenu gastrique ou d'une autre substance étrangère qui va produire une obstruction et/ou une inflammation pulmonaire	1	.....
Total	13	.....

Note x 20 / 13 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Devant une dysphagie, il faut toujours écarter une origine tumorale sous-jacente :

- Toute dysphagie est lésionnelle (cancer de l'œsophage) jusqu'à preuve du contraire.
- Une dysphagie progressive débutant avec les aliments solides, conduisant par la suite à une alimentation mixée ou liquide puis à une aphagie avec stase salivaire est évocatrice d'une obstruction œsophagienne (en particulier néoplasique).

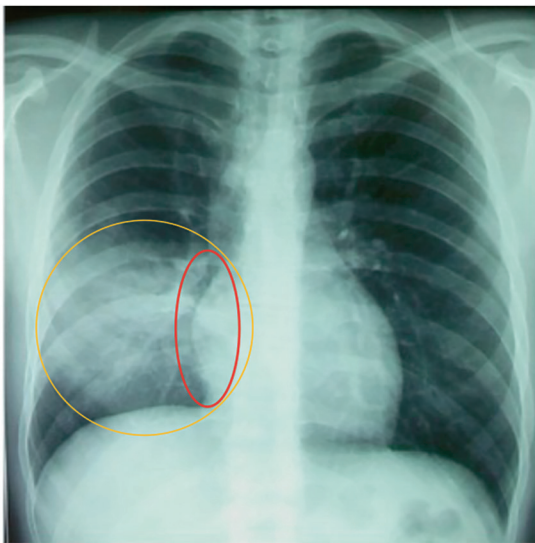
Toute dyspnée chez un patient aux antécédents neurologiques déficitaires (AVC, SLA, myasthénie, démence évoluée avec trouble neurocognitif majeur...) est une pneumopathie infectieuse d'inhalation jusqu'à preuve du contraire !

Les deux risques majeurs d'un trouble de déglutition, peu importe son étiologie, sont :

- L'asphyxie aiguë par obstruction des voies aériennes supérieures.
 - L'infection pulmonaire avec pneumonie d'inhalation.
- Ces deux complications sont à rechercher impérativement s'il y a des troubles de déglutition connus et inversement.

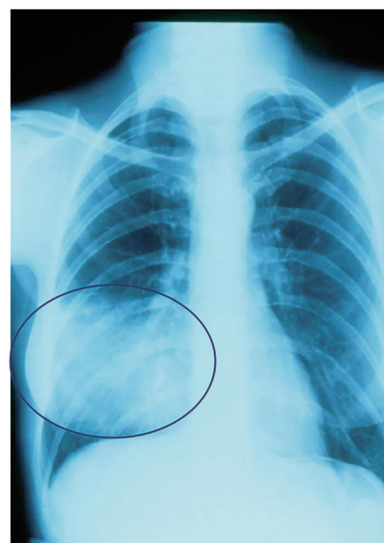
Rappel sur le signe de la silhouette :

- Une opacité de la base droite effaçant le bord droit du cœur mais pas la ligne diaphragmatique droite siège dans le lobe moyen.
- Une opacité de la base droite effaçant la ligne diaphragmatique droite, mais pas le bord droit du cœur siège dans le lobe inférieur droit.
- Une opacité de la base gauche effaçant le bord gauche du cœur mais pas la ligne diaphragmatique gauche siège dans la lingula.
- Une opacité de la base gauche effaçant la ligne diaphragmatique gauche, mais pas le bord gauche du cœur siège dans le lobe inférieur gauche ; elle peut être entièrement rétrocardiaque et identifiable seulement par la perte de la ligne diaphragmatique.



**Radiographie thoracique de gauche :
PFLA du lobe inférieur droit**

Bord du cœur droit entièrement visible (cercle rouge) : donc l'opacité pulmonaire (cercle jaune) est en arrière du cœur et non pas dans le même plan.



**Radiographie thoracique de droite :
PFLA du lobe moyen droit**

Bord du cœur droit non visible : donc l'opacité pulmonaire (cercle bleu) est dans le même plan que le cœur.

NOTES
