

Myélite transverse aigue

ESC_NE_008_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patient de 24 ans, présentant depuis quelques jours des cervicalgies, céphalées et sensation d'oppression thoracique, admis pour déficit sensitivomoteur avec troubles sphinctériens. Il s'agit d'une myélite transverse aigue.

Objectifs critiques :

- ☐ Préciser les caractéristiques cliniques d'un trouble neurologique,
- ☐ Poser le diagnostic de myélite transverse aigue,
- ☐ Évaluer la gravité,
- ☐ Penser aux diagnostics différentiels,
- ☐ Mettre en œuvre le traitement initial adéquat.

Myélite transverse aiguë

ESC_NE_008_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	24 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 106 Kg, Taille = 173 cm
SF	:	cervicalgies, céphalées
Début	:	rapidement progressif
Signes associés	:	oppression thoracique et asthénie
Mode d'admission	:	ramené par sa famille
Signes critiques	:	déficit sensitivomoteur des 4 membres, troubles sphinctériens

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	Notion de rhinopharyngite il y a 3 semaines
Toxiques	:	RAS
Allergiques	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 30 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, pas de râles, SpO2 = 90%			
Fonction circulatoire	:	FC = 110 bpm, PA = 100/60 mmHg, pas de pâleur, pas de souffle			
Fonction neurologique	:	GCS = 15/15, déficit sensitivomoteur bilatéral et asymétrique, ROT vifs, pupilles isocores réactives, pas de convulsion			
Examen somatique	:	globe vésical, abdomen ballonné			
Glycémie	:	1,1 g/L	Température	:	37,2 °C

Myélite transverse aiguë

ESC_NE_008_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Chariot de soins
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique

Drogues et kits
<input type="checkbox"/> Vitanevril®
<input type="checkbox"/> Neurontin®
<input type="checkbox"/> Tegretol®
<input type="checkbox"/> Lyrica®
<input type="checkbox"/> Tigéline®
<input type="checkbox"/> Kit de plasmaphérèse
<input type="checkbox"/> HSHC

Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, patient standardisé
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples, couches mouillées de diarrhées

Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : senior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : maman du patient (interrogatoire)

Myélite transverse aigue

ESC_NE_008_Scénario

Baseline

FR = 30
SpO2 = 90
EtCO2 = 35

FC = 110
PA = 100/60
ECG = RRS

15/15
Déficit sensitivomoteur
des 4 membres

Interventions

TTT Symptomatique

RAS

FC = 90
PA = 110/70
SpO2 = 99
Dysautonomie

Corticothérapie
Plasmaphérèse

Non

Oui



Myélite transverse aigue

ESC_NE_008_Programmation

Baseline

FR = 30 c/min, SpO2 = 90%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 100/60 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Critical

Détresse respiratoire majeure

Dysautonomie

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 99%, pas de râles

FC = 90 bpm, PA = 130/70 mmHg

EtCO2 = 40 mmHg

Stabilité respiratoire et hémodynamique

Myélite transverse aigue

ESC_NE_008_Debriefing

Fiche

- La myélite transverse aigue (MTA) idiopathique est une maladie immunitaire inflammatoire démyélinisante de la moelle épinière qui présente des manifestations motrices, sensitives, dysautonomiques et troubles sphinctériens,
- Une progression au nadir survient entre 4 heures et 21 jours après le début. Les manifestations motrices sont caractérisées par une faiblesse des membres, une raideur et des spasmes musculaires. Lorsque la moelle épinière supérieure est touchée, les fonctions respiratoires peuvent être affectées,
- L'étiologie de la MTA idiopathique n'est pas connue. Une maladie virale (généralement une infection des voies respiratoires supérieures) précède souvent de 3 semaines le début des manifestations et la MTA idiopathique semble associée à une réponse immunitaire tardive dirigée contre une infection microbienne récente qui cible accidentellement la moelle épinière,
- L'approche diagnostique vise à confirmer le diagnostic de myélite (IRM révélant des lésions médullaires et un œdème, avec des lésions étendues longitudinalement dans certains cas), et à exclure d'autres causes identifiables (IRM du cerveau, sérologie et analyse du liquide céphalorachidien afin d'écarter une MTA secondaire),
- Un traitement efficace inclut les corticostéroïdes et l'échange plasmatique. Les bénéfices de l'administration intraveineuse d'immunoglobulines et de cyclophosphamide n'ont pas encore été établis. La prise en charge à long terme est principalement symptomatique et inclut les traitements rééducatifs,
- Le pronostic est variable et imprévisible. La récupération peut commencer entre 2 à 12 semaines après le début des symptômes. Le rétablissement complet (survenant chez 1/3 des patients) peut prendre des années et les séquelles permanentes sont fréquentes (handicap modéré chez 1/3 des patients et sévère chez les 2/3 restants).

Objectifs techniques

- ☐ Préciser les caractéristiques cliniques d'un trouble neurologique,
- ☐ Poser le diagnostic de myélite transverse aigue,
- ☐ Évaluer la gravité,
- ☐ Penser aux diagnostics différentiels,
- ☐ Mettre en œuvre le traitement initial adéquat.

CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

	Résultat	Références
Hématies	4.65 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	10.1 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	30.8 %	(34.0-40.0)
VGM	82.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	16.60 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	84.0 %	
Soit	8.64 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.08 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	188 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	16,3 sec	
Taux de prothrombine	84 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	32 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	3.2 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	134 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	3,7 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.20 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.62 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	28 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	70 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	66 UI/L	(5-40)
CRP	120 mg/L	(< 10)
Albumine	40 g/L	(35-55)

Gaz du sang

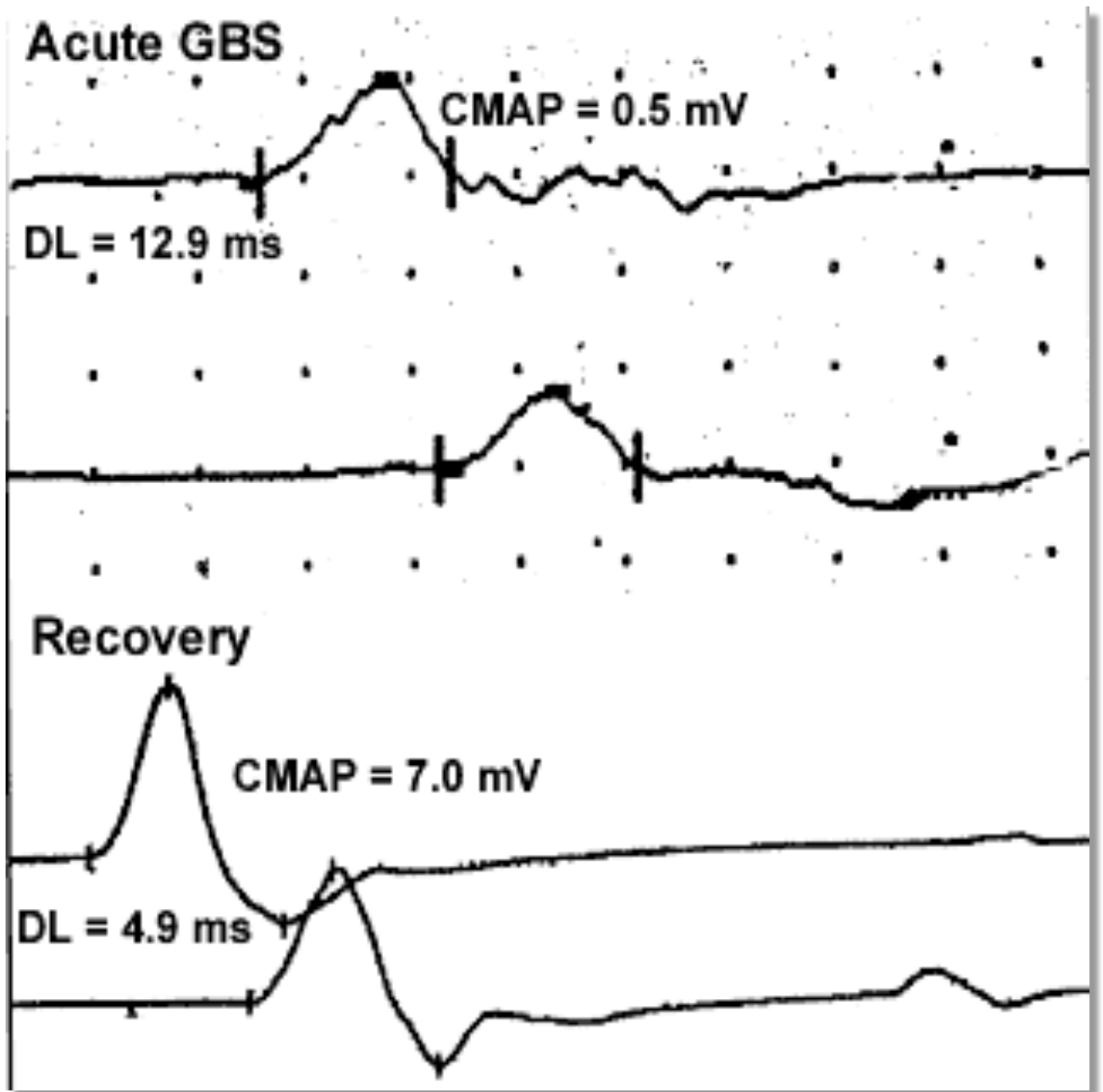
	Résultat	Références
pH	7.30	(7.35-7.45)
CO ²	50 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	28 mmol/L	(22-26)
PaO ²	85 mmHg	(> 85)
SaO ²	91 %	(95-100)
Lactates	2 mmol/L	(< 2)

Sérologies

	Résultat	Références
AC Anti-Gangliosides	Négatives ---	

Ponction lombaire

	Résultat
Glucorrachie	0,62 g/L
Protéinorrhachie	0,86 g/L
Nombre d'éléments	10 /mm ³
ED	Négatif ---
Pic Ig G (bloc oligoclonal)	Positif +++



Interprétation :

Pas de signes en faveur d'une atteinte axonale ni démyélinisante.

Hémocultures

	Résultat	Références
--	----------	------------

Hémoculture	Négative ---	
-------------	--------------	--

Sérologies

	Résultat	Références
HIV 1 et 2	Négative ---	

Sérologies

	Résultat	Références
Hépatite B	Négative ---	
Hépatite C	Négative ---	

Tests Tuberculose

	Résultat	Références
Genexpert Test	Négatif ---	
Quantiferon Test	Négatif ---	

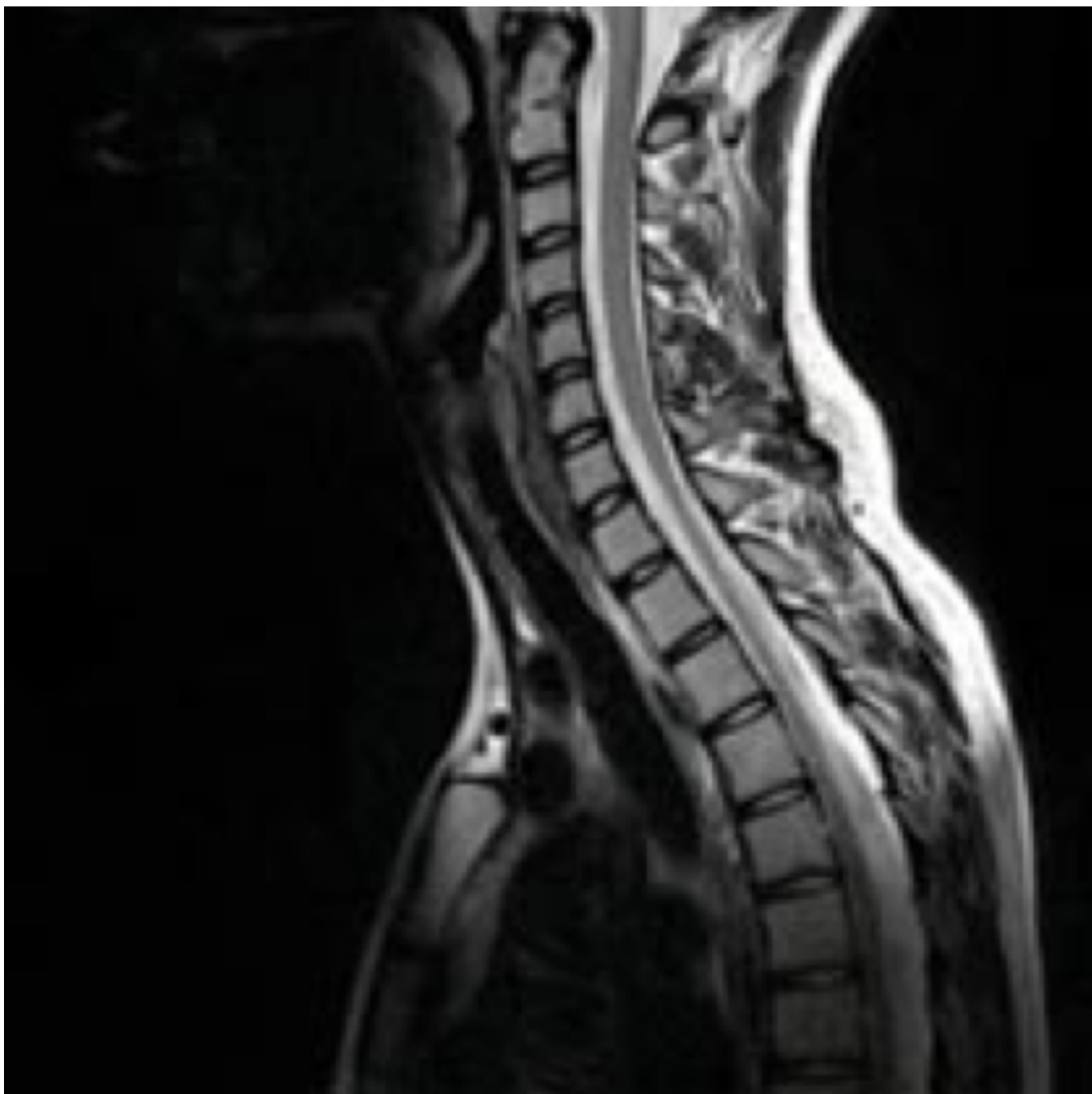
Radiographie du thorax



Radiographie du rachis cervical

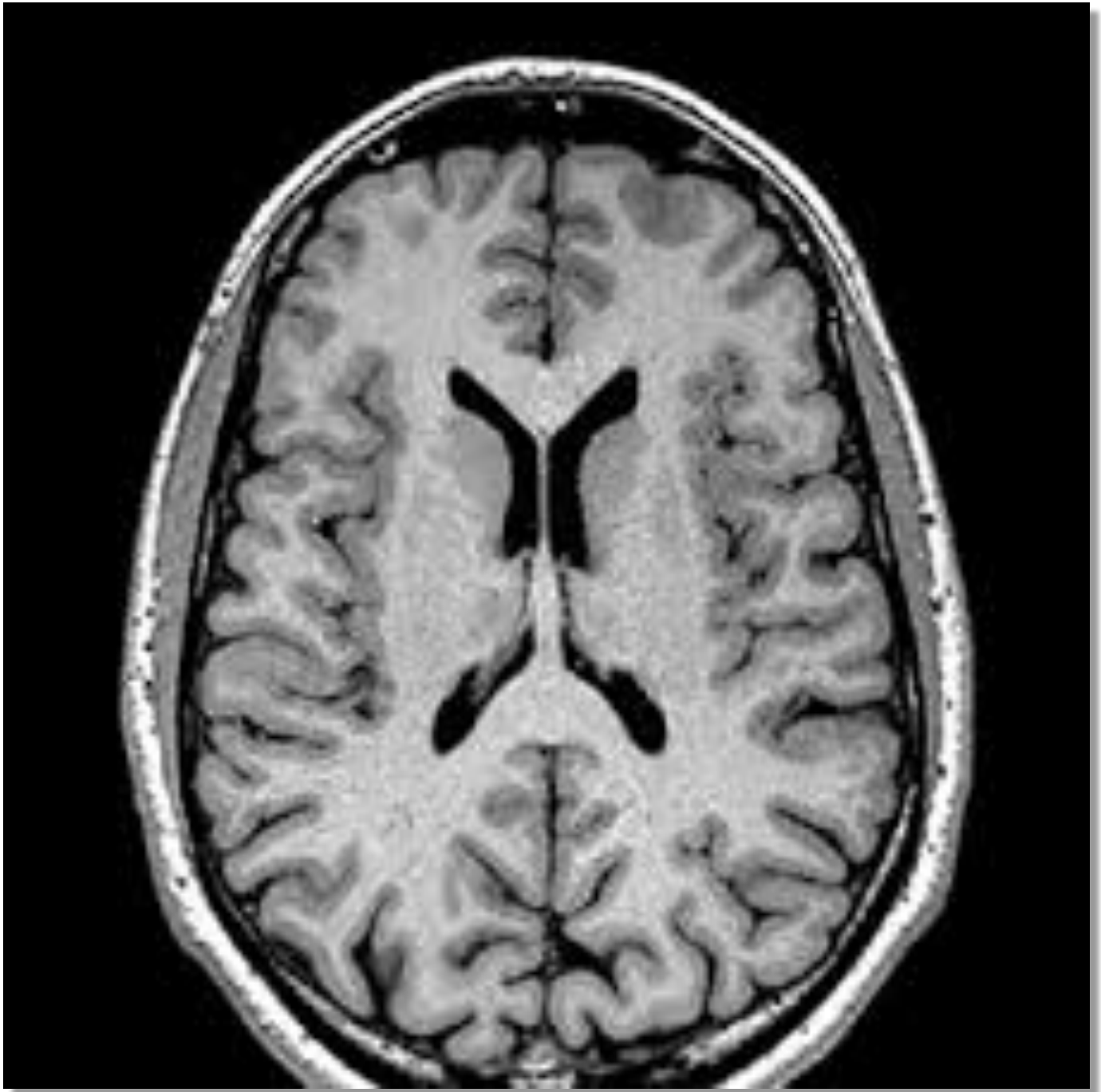


IRM médullaire



Interprétation :

Lésions médullaires non spécifiques avec œdème étendu sur 4 métamères.



Interprétation :

Lésions médullaires non spécifiques avec œdème étendu sur 4 métamères.

