

## GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 26/06/08

Secrétaire : Dr TRAN Kihon

Modérateur : Dr Patron Pascal

### Temps 1 exemples :

- **Problèmes soulevés par le groupe**

- Dossier 1 : renouvellement d'une COP sans avoir vu la patiente : il faut prescrire les COP sur 1 an ...
- Dossier 2 : sevrage Benzodiazepine , tachycardie atriale : qu'est ce qu'une tachycardie atriale , CAT ?
- Dossier 3 : DNID : problème soulevé des patients polypathologiques suivis par plusieurs spécialistes : à partir de quand faut il arrêter la Metformine dans l'insuffisance cardiaque ? Anti agrégants plaquettaires ou AVK dans les AC/FA ? .
- Dossier 4 : teigne : CAT ?
- Dossier 5 : AC/FA : antiagrégants ou AVK ? surtout chez les patients âgés ?
- Dossier 6 : ménopause : dosage de FSH LH ? ou diagnostique clinique ? , aménorrhée secondaire et neuroleptique , tt des bouffées chaleurs ? COP et pré-ménopause ?
- Dossier 7 : diplopie : urgence anévrysme carotidien

Question 1 : balance bénéfique risque des AVK et des anti-aggrégants plaquettaires dans les AC/FA ?

Question 2 : diagnostique de la ménopause ?

- **Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe**

Orientation diagnostique devant une diplopie ? CHU Rouen 2002 , annexe 2 : notion d'une **urgence** en cas d'atteinte du III avec douleur retro oculaire , examen clinique : le III s'occupe du myosis , du releveur de la paupière et de tous les muscle oculomoteurs en dehors du droit externe ( VI ) et de l'oblique superieur ( IV ) et connaissance des **étiologies** en fonction des âges : sujet jeune ( tumeur dans 1/4 des cas , malformation vasculaire ( atteinte du III avec doulelur retro oculaire ) , SEP , myasthenie ) , sujet plus âgé ( AVC , tumeur )

- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

## Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Dr Lepeintre à Foch pour les urgences orthopédo neurologiques

## Temps 3

- **synthèse des cas compliqués**
- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- **autres...**

### Synthèse des cas compliqués :

### Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

#### **1- Imagerie de première intention devant une lombosciatique aigue commune résistant au traitement médical ?.**

après 4 à 8 semaines , sans signe de complication apparu dans l'intervalle : IRM en bilan « pré op » , les radiographies standards ne sont indispensables

#### **2 – Prise en charge d'un genou traumatique d'un adulte jeune ?**

Stratégie Prescrire mars 2005 tome 25 n°259 p.201 : Examen clinique avant tout ! « les performances diagnostique de certaines manœuvres cliniques recherchent les atteintes ligamentaires croisées du genou et des ménisques ont été bien évaluées en Milieu spécialisé : manœuvre de Lachmann , du pivot du tiroir antérieur pour le ligament croisé , manœuvre de Mc Murray pour les lésions méniscales .

Critère d'Ottawa du genou : annexe 1

#### **Les règles d'Ottawa<sup>3</sup>**

Des radiographies ne sont requises chez des sujets victimes d'un traumatisme du genou que s'ils présentent un des critères suivants:

1. âge d'au moins 55 ans,
2. une douleur isolée de la rotule (sans douleur osseuse du genou autre que celle-ci),
3. une douleur de la tête du péroné,
4. une incapacité de flexion à 90°,
5. une incapacité de mise en charge et immédiatement et dans le service d'urgence, sur 4 pas (incapacité de mise en charge deux fois sur chaque jambe, avec ou sans boiterie).

### 3 – Autres

## AG de principe le mardi 2 Septembre : Ou ça ?

### Annexe 1 : Ottawa

Minerva septembre 2004, volume 3, numéro 7 118 **Les règles d'Ottawa pour le genou**

Bachmann L, Habermeth S, Steurer J, ter Riet G. The accuracy of the Ottawa knee rule to rule out knee fractures. A systematic review. *Ann Intern Med* 2004;140:121-4.

Analyse: P. Chevalier

#### Question clinique

Les règles d'Ottawa pour le genou traumatisé permettent-elles d'exclure une fracture et d'éviter des radiographies inutiles?

#### Contexte

Il est important, particulièrement pour le généraliste, de disposer de tests cliniques permettant d'exclure, avec une probabilité élevée, une pathologie ou lésion sans devoir recourir à un examen paraclinique. Stiell et collaborateurs avaient déjà mis à la disposition des praticiens une «Ottawa ankle rule», largement validée, pour exclure une fracture de la cheville ou de l'arrière-pied<sup>1</sup>. Ils ont, par après, conçu des règles semblables pour exclure une fracture du genou. L'incidence de traumatismes du genou vu par le médecin généraliste atteint 1,4 personnes pour 1 000 en Belgique<sup>2</sup>. L'incidence de fracture est moindre (chiffre non connu). Bachmann et collaborateurs ont réalisé une méta-analyse des études évaluant la fiabilité de ce score.

#### Méthode

##### Sources consultées

Les auteurs ont consulté plusieurs bases de données (Premedline, Medline, Embase, Cinahl, Biosis, Cochrane Library, Science Citation Index) ainsi que les références citées dans les études incluses et données par des experts.

##### Etudes sélectionnées

Ont été sélectionnés, les articles mentionnant sensibilité et spécificité du score d'Ottawa pour le genou pour le diagnostic d'une fracture du genou, fracture confirmée par radiographie et suivi.

##### Population étudiée

Des onze études sélectionnées, six sont reprises dans la méta-analyse et concernent un total de 4 249 patients. Les patients se présentaient dans un service d'urgence.

#### Mesure des résultats

La sensibilité, la spécificité et les rapports de vraisemblance du score sont calculés dans la méta-analyse des résultats sommés.

#### Résultats

Le **rapport de vraisemblance négatif** est de 0,05 (IC à 95% de 0,02 à 0,23), la **sensibilité** de 98,5% (IC à 95% de 93,2 à 100) et la **spécificité** de 48,6% (IC à 95% de 43,4 à 51,0).

#### Conclusions des auteurs

Les auteurs concluent qu'un résultat négatif du score exclut une fracture du genou post-traumatique aiguë, mais, au vu d'une prévalence habituellement faible et en fonction du calibrage du test pour une sensibilité atteignant 100%, d'autres études à large échelle, multicentriques, sont nécessaires pour situer le rapport coût-efficacité de l'implantation de ce score dans la routine.

#### Financement

Non mentionné.

#### Conflits d'intérêt

Aucun n'est déclaré.

## RÉSUMÉ

### Les règles d'Ottawa:

Des radiographies ne sont requises chez des sujets victimes d'un traumatisme du genou que s'ils présentent un des critères suivants:

1. âge d'au moins 55 ans,
2. une douleur isolée de la rotule (sans douleur osseuse du genou autre que celle-ci),
3. une douleur de la tête du péroné,
4. une incapacité de flexion à 90°,
5. une incapacité de mise en charge et immédiatement et dans le service d'urgence, sur 4 pas (incapacité de mise en charge deux fois sur chaque jambe, avec ou sans boiterie).

*Commentaires sur la méthodologie*

La recherche dans la littérature a été largement menée, sans restriction de langue, et les études validées par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre. Sur 104 études potentielles, 11 ont été sélectionnées suivant les critères définis et six seulement incluses dans une méta-analyse (avec motivation des non-inclusions). Une seule étude concerne des enfants. Comme le signale les auteurs, les conclusions de la méta-analyse ne sont pas valides pour les enfants et reposent sur un nombre trop peu élevé d'études pour pouvoir affirmer une fiabilité de ce score dans tous les contextes. Le score est conçu pour atteindre une sensibilité maximale (de 100%). Il y a donc très peu de résultats faux négatifs (5/4249), ce qui rend l'interprétation de l'analyse de l'hétérogénéité des études fort délicate.

*Analyse des résultats*

La sensibilité du test dans la méta-analyse des résultats est fort élevée (98,5%) et le rapport de vraisemblance négatif est très bas, 5 patients sur 4 249 présentant une fracture du genou malgré un score d'Ottawa négatif, soit 0,12%. Pour une prévalence de fracture du genou observée dans un service d'urgence de 7% chez les patients se présentant pour un traumatisme du genou, la probabilité de fracture avec un score d'Ottawa négatif est de 0,37% (IC à 95% de 0,15 à 1,48%), soit une probabilité posttest inférieure à maximum 1,5%. La prévalence dans un contexte non sélectif, en médecine générale, étant très probablement plus basse (chiffre non disponible), la probabilité post-test négatif est donc encore largement inférieure en pratique générale. Au vu des remarques formulées plus haut sur le nombre limité d'études incluses, le résultat de cette méta-analyse devrait être encore validé dans d'autres contextes.

*Intérêt pour la pratique*

Le mécanisme du traumatisme (coup, chute, torsion) est une première indication de probabilité de fracture pour le praticien. Une fracture est quatre fois plus probable après un coup ou une chute qu'après une torsion<sup>4</sup>. Dans les limites décrites, ce score d'Ottawa pour le genou est un outil utile pour le praticien pour lui permettre d'exclure la nécessité d'une radiographie pour diagnostiquer une fracture. Ces règles d'Ottawa devraient être davantage implantées en Belgique. La demande expresse du patient ou la nécessité d'un cliché pour des raisons légales (assurance) sont des contraintes qui en limiteront l'utilité pratique. Elles ne sont d'aucune utilité pour le diagnostic d'autres lésions du genou (ligamentaires, méniscales) plus fréquentes que les fractures et dont la prise en charge mérite toute une autre discussion.

**DISCUSSION**

**CONCLUSION**

Les règles d'Ottawa pour le genou pourraient être utiles pour évaluer la nécessité de pratiquer des radiographies dans le but d'exclure une fracture en cas de traumatisme et donc d'en limiter le recours. Elles possèdent une très bonne sensibilité. Les études de fiabilité de ce test sont cependant encore trop peu nombreuses et des exigences pratiques en limitent l'applicabilité.

**Références**

1. Chevalier P. Ottawa enkelregels ter uitsluiting van een fractuur. *Minerva* 2003;2:111-3.
2. Bartholomeeusen S, Buntinx F, De Cock L, Heyrman J. Het voorkomen van ziekten in de huisartspraktijk. Resultaten van de morbiditeitsregistratie van het Integonetwerk. Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde: Leuven, 2001.
3. Stiell I, Wells G, Hoag R et al. Implementation of the Ottawa knee rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA* 1997;278:2075-9.
4. Expert panel on musculoskeletal imaging. American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria. Acute trauma to the knee. [www.acr.org/dyna/?id=appcrit&pdf=0365-374\\_acute\\_trauma\\_to\\_knee\\_ac](http://www.acr.org/dyna/?id=appcrit&pdf=0365-374_acute_trauma_to_knee_ac) (consulté le 25.06.04).

**Annexe 2 : diplopie , CHU Rouen , 2002**

**Ce qu'il faut savoir**

1. Savoir explorer cliniquement la motilité oculaire
2. Reconnaître une paralysie du III,
3. Reconnaître une paralysie du IV,
4. Reconnaître une paralysie du VI,
5. Énumérer les principales étiologies des paralysies oculo-motrices.

---

**I – DÉFINITION**

---

La diplopie est la vision double d'un objet unique.

Nous nous intéresserons aux diplopies binoculaires, c'est-à-dire qui ne sont présentes que les deux yeux ouverts et disparaissent à l'occlusion de l'un ou de l'autre oeil.

Une diplopie monoculaire persiste par contre à l'occlusion de l'oeil sain et disparaît à l'occlusion de l'oeil atteint ; elle peut avoir une cause :

- o cornéenne : astigmatisme important, tache cornéenne, kératocône.
- o irienne (iridodialyse traumatique), et surtout
- o cristallinienne (cataracte nucléaire).

Une telle diplopie monoculaire devra conduire à un examen ophtalmologique sans caractère d'urgence.

Les diplopies binoculaires par contre, sont un trouble du parallélisme oculo-moteur, avec généralement une implication neurologique ou orbitaire demandant souvent une prise en charge urgente.

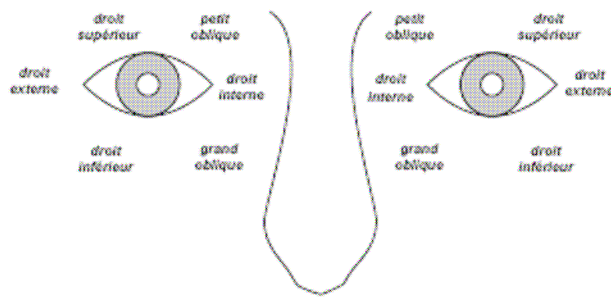
Il existe, pour chaque oeil, 6 muscles oculomoteurs auxquels il faut ajouter le muscle releveur de la paupière supérieure, ainsi que la motricité de la pupille et de l'accommodation. La commande nerveuse est volontaire ou automaticoréflexe et est véhiculée par les 3 nerfs crâniens oculomoteurs avec la répartition suivante :

- III : pour le droit médial, l'oblique inférieur, le droit supérieur, le droit inférieur, ainsi que pour le muscle releveur de la paupière supérieure, le sphincter pupillaire et l'accommodation,
- IV : pour l'oblique supérieur,
- VI : pour le droit latéral.

Le *champ d'action d'un muscle oculomoteur* (duction) est la position où l'action est maximale et où l'étude clinique est la plus caractéristique. Schématiquement,

- le droit médial assure les mouvements du globe oculaire en dedans (muscle adducteur),
- le droit latéral les mouvements en dehors ( muscle abducteur),
- le droit supérieur les mouvements en haut et en dehors (muscle élévateur et abducteur),
- le droit inférieur les mouvements en bas et en dehors (muscle abaisseur et abducteur),
- l'oblique supérieur les mouvements en bas et en dedans (muscle abaisseur et adducteur),
- l'oblique inférieur les mouvements en haut et en dedans (muscle élévateur et adducteur).

Les *mouvements oculaires bilatéraux*, conjugués des deux yeux, (versions) font intervenir des muscles synergiques sur les deux yeux : par exemple, le regard à droite est assuré par le droit latéral droit et le droit médial gauche.



CHAMPS D'ACTION ANATOMIQUES

dresse pour prendre la fixation (« mouvement de restitution ») ; la direction du mouvement de restitution permet de détecter le muscle paralysé.

Par exemple, en cas de paralysie du VI, les yeux sont en convergence ; l'œil occlus, dévié en convergence, reprend sa position de fixation par un mouvement en dehors quand l'occlusion est levée et portée sur l'autre œil.

3. L'*examen au verre rouge* consiste à placer un verre rouge devant l'œil droit par convention alors que le sujet fixe, de son œil gauche découvert, un point lumineux blanc en face de lui.

Normalement les 2 images sont confondues dans toutes les positions du regard et le patient n'en voit qu'un seul point lumineux. En cas de déséquilibre oculomoteur les 2 points sont séparés : le patient voit un point rouge et un point blanc et on peut analyser le décalage pour reconnaître le muscle déficitaire.

- on parle de diplopie homonyme lorsque le point rouge est vu à droite du point blanc ; elle correspond à un œil en convergence (ex : paralysie du VI).

- on parle de diplopie croisée lorsque la lumière rouge est vue à gauche du point blanc ; elle correspond à un œil en divergence (ex : paralysie du III).

- l'écart entre les deux images augmente dans le champ d'action du ou des muscles paralysés, permettant de déterminer les muscles atteints.

4. Le *test de Hess-Lancaster* est un test rouge-vert qui permet de faire immédiatement le diagnostic de l'œil et des muscles paralysés et de reconnaître les hyperactions musculaires secondaires à la paralysie.

Il consiste en un relevé graphique de l'oculomotricité dans les différentes positions du regard :

- l'œil paralysé a un cadre plus petit que la normale (par hypoaction du muscle paralysé),

- l'œil controlatéral a un cadre plus grand que la normale (par hyperaction de l'agoniste controlatéral suivant la loi de Hering).

Ce test permet de faire le diagnostic de la paralysie oculomotrice, de déterminer le côté de cette paralysie, d'objectiver le ou les muscles paralysés. C'est de plus un examen qui permet de suivre l'évolution de la paralysie par des relevés successifs.

5. Tout bilan de paralysie oculomotrice nécessite également l'exploration de la motricité intrinsèque.

a. inspection : elle doit rechercher une inégalité pupillaire ou anisocorie.

b. réflexes pupillaires : le réflexe photomoteur (RPM) ou réponse pupillaire à la lumière nécessite l'éclairement d'un œil qui entraîne :

o un myosis de l'œil éclairé : réflexe photomoteur direct

o un myosis simultané de l'œil controlatéral : réflexe consensuel.

o Ainsi,

- en cas de mydriase par « cécité » (ex. OACR, NORB), on observe une abolition du

- Traumatismes de la fente sphénoïdale : syndrome de la fente sphénoïdale = association de l'atteinte des nerfs III, IV, VI et VI
- Traumatismes de l'apex orbitaire : syndrome de l'apex = syndrome de la fente sphénoïdale + cécité monoculaire par atteinte du nerf optique.
- Hémorragie méningée : paralysie du VI sans valeur localisatrice.

#### **B. Tumeurs**

- Hypertension intra-crânienne : diplopie par atteinte bilatérale des nerfs moteurs oculaires latéraux sans valeur localisatrice.
- Les tumeurs de la base du crâne donnent des paralysies intraxiales, avec notamment des syndromes alternes comme le syndrome de Weber (paralysie du III + hémiparésie croisée avec paralysie faciale) ou des paralysies supranucléaires (paralysies de fonction comme le syndrome de Parinaud des tumeurs épiphysaires, notamment pinéalome ↔↔)
- Les paralysies ont une valeur localisatrice en l'absence d'hypertension intra-crânienne associée :
  - o lésion du noyau du III : syndrome de Weber - syndrome de Parinaud
  - o lésion du noyau du IV par atteinte des tubercules quadrijumeaux (gliome)
  - o lésions du noyau du VI par atteinte protubéranthiale.

#### **C. Causes vasculaires**

- AVC : syndromes alternes par ischémie ou hémorragie du tronc cérébral.
- L'insuffisance vertébro-basilaire peut être responsable de manifestations cliniques transitoires avec diplopie dans 30% des cas.
- Les anévrismes carotidiens notamment supraclinoidiens sont suspectés devant une paralysie isolée du III dans un contexte de violente douleur rétro-oculaire, imposant des explorations neuro-radiologiques avec injection.
- Les anévrismes carotidiens intra-caverneux infra-clinoïdiens peuvent entraîner une paralysie oculomotrice isolée ou un syndrome de la paroi externe du sinus caverneux avec atteinte des V, VI, III et parfois du IV. Le diagnostic est également angiographique.
- Fistule artério-veineuse : souvent d'origine traumatique, mais d'apparition retardée, elle se traduit par une exophtalmie pulsatile, s'accompagnant d'un souffle perçu par le malade et retrouvé à l'auscultation de l'orbite et du crâne, une vasodilatation conjonctivale particulière, « en tête de méduse » ; la confirmation du diagnostic repose sur l'artériographie carotidienne.

#### **D. Diplopies douloureuses**

- migraine ophthalmoplégique :
  - . paralysie du III succédant à la céphalée,
  - . durant de quelques heures à quelques jours.
- maladie de Horton :
  - . céphalées fronto-orbitaires,
  - . ± POM, ± NOIA (neuropathie optique ischémique antérieure) (voir chapitre Altérations de la fonction visuelle).



- syndrome de Tolosa-Hunt :
- β douleurs fronto-orbitaires unilatérales,
- β paralysies du VI ou du III extrinsèque, récidivantes, corticosen­sibles.

#### **E. Affections neurologiques**

- Sclérose en plaques : elle peut entrainer une diplopie inaugurale par atteinte du VI ou du III, ou encore par une ophthalmoplégie internucléaire, très évocatrice.
- Autres affections neurologiques : polyradiculonévrite de Guillain-Barré, sclérose latérale amyotrophique, dégénérescence spino-cérébelleuse.

**F. Affections générales.** Diabète : paralysies du III incomplètes, régressives en quelques mois (mécanisme : microangiopathie)

**G. Causes infectieuses :** méningite ou méningoencéphalite, abcès cérébral.

#### **H. Diplopies de causes musculaires**

- myasthénie :
  - . prosis variable, accentuée à l'effort,
  - . diagnostic par le test au Tension, l'électromyographie de la paupière, ...
  - . rechercher un thymome associé.
- maladie de Basedow (voir chapitre Ophthalmopathie dysthyroïdienne).
- ophthalmoplégie externe progressive = «ophthalmo-myopathie mitochondriale»
  - . prosis,
  - . atteinte progressive de tous les muscles oculo-moteurs.
  - . ± rétinopathie pigmentaire : on parle alors de syndrome de Kearns-Sayre.

---

## **VII - CONDUITE À TENIR.**

---

En cas de diplopie récente, le bilan étiologique est prioritaire et repose sur un examen neurologique et une imagerie cérébrale. Une paralysie du III avec phénomènes douloureux impose, notamment, une recherche en urgence d'un anévrisme carotidien (angioscan, artériographie carotidienne).

La prise en charge de la diplopie elle-même est différente selon la phase précoce, dans les premiers mois, et la phase tardive.

Dans la phase précoce :

supprimer momentanément et pour le confort la diplopie par occlusion de l'œil paralysé (optoclude, occusert).

### Les points forts

- ☛ Devant une diplopie isolée il faut rechercher notamment chez un adulte jeune :
  - une tumeur à l'origine d'1/4 des paralysies oculomotrices et demander systématiquement des explorations neuro-radiologique
  - une malformation vasculaire notamment en cas de paralysie du III intrinsèque et extrinsèque imposant l'artériographie carotidienne en urgence ou un angiogramme
  - une sclérose en plaques révélée par une paralysie oculomotrice dans 10 % des cas
  - une myasthénie.
  
- ☛ Chez le sujet plus âgé
  - il faut retenir comme étiologies les accidents vasculaire ischémiques ou hémorragiques.
  - les tumeurs gardent la même priorité et les explorations neuro-radiologiques restent systématiques.

**Annexe 3** : Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble  
1/10

## Les entorses graves du genou (257a)

Professeur Dominique SARAGAGLIA

Mars 2003