

Service de Médecine à Orientation
NEUROLOGIE -
EXPLORATION FONCTIONNELLE NEUROLOGIQUE

Chef de Service

Dr Jean Pierre SERVEAUX
Ancien Interne des hôpitaux de Montpellier
Ancien Chef de Clinique
Assistant des Hôpitaux

Praticiens Hospitaliers :

Dr Jean DE MONREDON
Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Neurologue

Dr Julien DUFOUR
Neurologie Vasculaire

Dr Gilles BOURDAIS
Diplômé de la faculté de Marseille
Neurologie Vasculaire

Assistante Spécialisée :

Dr Sophie GRONIER
Ancien Interne des Hôpitaux de Nice

Neuro-psychologues

Mlle Caroline URBAN
Mlle Martine HOAREAU

Orthophonistes (temps partiel)

Mme Sonia MICHALON
Mlle Ségolène FAVIER

Cadre de santé:

M. Mathieu SINNY PALANY
(faisant fonction)
Tél 02 62 90 55 93

HOSPITALISATION NEUROLOGIE UF 2360

Infirmière : 02 62 90 55 94
Secrétariat : 02 62 90 55 90
Fax 0262 90 65 99
Email : sec.neuro.rhumato.fguyon@chu-reunion.fr

SI NEURO VASCULAIRE UF 2369
UNITE NEUROVASCULAIRE UF 2361

Infirmière : 02 62 90 65 94
Secrétariat : 02 62 90 65 90
Fax 0262 90 65 99
Email : usinv.fguyon@chu-reunion.fr

CS EXTERNES NEUROLOGIE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

UF 2060 – UF 1760
Tél : 02 62 90 57 92
Fax : 0262 90 58 09
e-mail : sec.eeg.fguyon@chu-reunion.fr

Mouvements anormaux-maladies rares (jeudi am)
Séance injection de toxine botulique (mer am)
Consultation post-AVC (jeudi mat)

CS MEMOIRE-NEUROPSYCHOLOGIE UF 2061

Tél : 02 62 90 57 92
e-mail : consultation.mem.fguyon@chu-reunion.fr

Réf. :

Mr le Dr Rémi CHAN WAI NAM

28 E Avenue Marcel Hoareau
97490 SAINTE CLOTILDE

Saint-Denis, le 16/06/2015

Cher Confrère,

Votre patiente **Madame BAILLIF Marie Monique**, née le 02/05/1959, a été hospitalisée dans le service **du 16/06/2015 au 18/06/2015**

ANTECEDENTS :

• **Personnels :**

Asthme depuis l'enfance,
Insuffisance veineuse,
Opération unguéale au niveau des orteils,
Appendicectomie.
G3 P2 (une fausse couche spontanée).
Ulcère gastroduodénal, avec fibroscopie de suivi tous les 2 ans, éradication d'*Helicobacter pylori* récente,
Zona thoracique il y a 1 an,
Ostéopénie.
Probable antécédent de migraines depuis 1985, avec des radiographies ne mettant pas en évidence de sinusite : douleurs sur l'ensemble de la tête à type de "coups de marteau", associées à une photo-phonophobie, des vomissements, qui dureraient environ 3 jours.
Pas d'alcool-tabagisme.
Notion " d'allergie " à l'ASPIRINE (saignement de nez) et DOTAREM (majoration de l'asthme). Allergie à l'iode lors d'une UIV, et aux pénicillines.
Intolérance au lactose,

• **Familiaux**

Deux nièces jumelles atteinte de la maladie de Van Hippel Landau, suivies à Kremlin Bicêtre.

Deuils répétés en 2009 et Juillet 2014. Elle rapporte un moral qui est mauvais depuis l'apparition de céphalées à type de décharge électrique.

Mode de vie :

Auxiliaire de vie, actuellement sans emploi, bénéficie du RSA.
2 enfants de 36 et 37 ans.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Apparition depuis 2 ans, environ 1 semaine après un léger traumatisme crânien sans perte de connaissance (elle s'est pris une barrière automatique sur la tête), de céphalées à type de décharge électrique. Ces céphalées sont hémicrâniennes gauches, associées à une photophobie et des nausées. Les décharges électriques durent environ quelques secondes, puis les céphalées sont intenses pendant 5 à 15 minutes, avec une fréquence de 5 à 6/j. Elles sont parfois associées à des signes de dysautonomie, mais larmoiement au niveau des 2 yeux. Elle décrit également lors de ces décharges électriques des paresthésies au niveau du membre supérieur et inférieur gauche, avec sensation de lourdeur.

La patiente décrit des épisodes récidivants nocturnes de lourdeur et d'insensibilité d'un membre supérieur régressifs en 15 minutes.

A l'interrogatoire, il semble exister des clonies au niveau de l'hémiface gauche et parfois au niveau du moignon de l'épaule.

Le traitement par PARACETAMOL est partiellement efficace. D'autres traitements ont été essayés par son médecin traitant, avec à priori un échec (LYRICA, GABAPANTINE, RIVOTRIL, RELPAX). Elle a également pour traitement INEXIUM 40 mg/j.

Pas d'arthralgie, pas de notion d'aphte, pas de syndrome de Raynaud. En revanche, elle rapporte un syndrome sec avec xérostomie et xérophtalmie.

Une courte hospitalisation est programmée afin de compléter le bilan étiologique avec

- bilan sanguin (anticorps antinucléaires),
- analyse du liquide céphalo-rachidien,
- biopsie des glandes salivaires accessoires,
- électroencéphalogramme
- angioscanner des troncs supra-aortiques (vascularite).

Relecture IRM cérébrale avec séquences T2 echo de gradient

Hypothèses dg évoquées : Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il pourrait s'agir soit de céphalées primaires associées à des hypersignaux de la substance blanche de découverte fortuite. Néanmoins, la charge lésionnelle n'est pas typique chez une patiente migraineuse. Les hypersignaux semblent trop nombreux et trop volumineux pour être expliqués simplement par des antécédents migraineux. Il pourrait exister une maladie inflammatoire du système nerveux central sous-jacent : type maladie de Goujerot ou une vascularite.

Les céphalées à type de décharge électrique associées à des paresthésies et parfois des clonies pourraient être en rapport avec des crises partielles sur des hypersignaux sous corticaux frontaux droits.

La patiente a entre-temps consulté un professeur en neurochirurgie qui lui aurait conseillé de faire un dépistage de la maladie de Von hippel Landau car elle aurait 50 % de chance de porter le gène. Une hospitalisation serait prévue en novembre 2015 à Kremlin Bicêtre en neurologie.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen neurologique retrouve une hypoesthésie en regard du territoire L5 gauche.

Pas de déficit sensitivomoteur, pas d'atteinte des paires crâniennes.

Les réflexes ostéotendineux rotuliens et achilléens ne sont pas obtenus.

Réflexes cutanés plantaires indifférents.

Pas de spasticité.

Taches pigmentées cutanées multiples de couleur café au lait.

EXAMEN PARACLINIQUES réalisés avant et pendant hospitalisation :

BAILLIE Marie Monique

IRM cérébrales avec sur la dernière IRM cérébrale d'Avril 2015 : hypersignaux de la substance blanche, péri-ventriculaires et sous-corticaux, prédominant en région frontale droite, ne prenant pas de contraste après injection de GADOLINIUM. Pas de lésion en fosse postérieure.

IRM cérébrale 15/06/2015 :

Absence de microbleeds

Stable par rapport à l'IRM d'avril, à comparer au cours du staff de radiologie

IRM cervicale (2011) normale.

IRM lombaire : discopathie dégénérative.

AngioTDM des troncs supra-aortiques : non effectuée car contre-indication allergique.

EMG membres inférieurs : normal, pas de neuropathie sensitive

BGSA : réalisée le 18/06

PEV : normal

EEG :

INTERPRETATION

TRACE DE VEILLE : On enregistre un rythme de fond microvolté enrichi de rythmes rapides pharmacologiques.

REACTION D'ARRET VISUEL : positive.

Pas d'élément pathologique lors des épreuves d'activation. Pas de signe de localisation.

CONCLUSION

Tracé normal.

Bilan biologique d'entrée :

Ionogramme sanguin :	natrémie : 143 mmol/l	Potassium : 4.4 mmol/l
	Bicarbonates : 29 mmol/l	
Fonction rénale :	créatinémie : 68 µmol/l	urée : 6.4 mmol/l
Bilan glucido-lipidique :	glycémie : 4.6 mmol/l	Hémoglobine glyquée : 5.3 %
	LDL cholestérol : 3.3 mmol/l	HDL cholestérol : 1.75 mmol/l
	Cholestérol total : 5.4 mmol/l	
Bilan hépatique :	ASAT : 17 ui/l	ALAT : 11 ui/l
	Gamma GT : 13	Bilirubine totale : 11
N.F.S. :	GB : 3.73 x 10 ⁹ /l	Hémog : 13 g/dl
Bilan inflammatoire :	VS à 1 heure : 11 mm	CRP : < 2 mg/l
Bilan de coagulation :	TP : 89 %	TCA malade : 34
Enzymes cardiaques :	troponine < 14	TCA témoin : 35
Sérologie VHB, VHC, VIH :	négative.	

Ponction lombaire :

Protéine : 0.39 g/l – Chlore : 119 mmol/l – glucose : 3.5 mmol/l – lactate : 1.5 mmol/l

Absence d'élément.

Résultats en attente :

Anticorps anti-nucléaires solubles

ANCA

Anticorps anti-nucléaires

Electrophorèse des protéines du LCR

Anapath BGSA

CONCLUSION : Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il pourrait s'agir soit de céphalées primaires associées à des hypersignaux de la substance blanche de découverte fortuite. Néanmoins, la charge lésionnelle

RAILLIE Marie Monique

n'est pas typique chez une patiente migraineuse. Les hypersignaux semblent trop nombreux et trop volumineux pour être expliqués simplement par des antécédents migraineux. Il pourrait exister une maladie inflammatoire du système nerveux central sous-jacent : type maladie de Goujerot ou une vascularite.

Le bilan auto-immun à la recherche d'une maladie inflammatoire du système nerveux centrale ou d'une origine vasculaire est en cours. La patiente sera revue en consultation pour faire la synthèse de l'ensemble des résultats.

Essai du traitement par Lamictal dans le cadre de possible crise d'épilepsie partielle sur les lésions inflammatoires, qui pourra également avoir un effet bénéfique sur les céphalées et thymique.

TRAITEMENT DE SORTIE :

Lamictal 25 mg le soir pendant 15 jours puis augmenter de 25 mg tous les 15j jusqu'à 50 mg matin et soir

RDV en consultation avec le Dr Gronier : la patiente va être convoquée

En vous remerciant de votre confiance, veuillez croire, cher confrère, en l'expression de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr J. DE MONREDON

Dr Sophie GRONIER

