

Cas prise de tête: un bloc stellaire provoque un syndrome rarissime

Par Geoffrey Dirat

31/01/2025

Spécialiste de la douleur, le Dr Daniel Audy a été confronté à une réaction inusitée après une injection de ropivacaïne, dont le risque est infinitésimal.

C'était une matinée comme les autres à la clinique de gestion de la douleur de l'Hôpital de La Tuque, en Haute-Mauricie. Une petite vingtaine de patients figuraient à l'horaire du Dr Daniel Audy, dont une femme dans la quarantaine qu'il suivait depuis quatre ou cinq ans. Après une chirurgie esthétique au niveau du cou et du thorax, celle-ci souffrait d'une névralgie cervico-brachiale qui irradie dans le bras, nécessitant l'injection d'un bloc stellaire tous les deux à trois mois.



Le Dr Daniel Audy dans son tuxedo militaire (photo courtoisie)

Cette technique, l'ancien médecin de famille des Forces canadiennes devenu anesthésiologiste la maîtrise depuis 25 ans. Ce matin-là, il prend la seringue contenant 7 cc de Naropin^{MD} .2% (ropivacaïne), place l'aiguille de calibre 25 ½ entre les vertèbres C5 et C6 et l'accote comme d'habitude sur l'apophyse transverse pour atteindre le ganglion cervical inférieur stellaire.

«J'ai descendu trois fois l'aiguille et à chaque fois, du sang revenait. La quatrième et dernière tentative fut la bonne», se souvient le médecin.

Quatre à cinq minutes après l'injection, la patiente subit une chute de pression artérielle. «On l'a remontée en lui administrant de l'éphédrine 5 mg IV q 5 min et une perfusion de 1 litre de lactate Ringer», indique le Dr Audy qui a alors constaté que la femme était incapable de bouger et de parler.

«Elle souffrait d'une paralysie motrice complète, excepté des paupières. Elle était full lucide. Elle nous voyait et elle entendait ce qu'on lui disait, car elle nous répondait en clignant des yeux. Une fois pour oui et deux fois pour non. Je n'avais jamais vu ça. C'était majeur comme symptômes. Ça aurait pu monter au cerveau. Elle aurait alors convulsé, ce qui ne fût pas le cas.»

Le médecin envoie subito presto sa patiente à la radiologie pour qu'elle passe un scan cérébral et du cou. Résultat: «Il n'y avait rien d'anormal». Il consulte la neurologue de garde qui, au vu du scan, suspecte une thrombose veineuse.

Pendant ce temps, le radiologiste effectue une analyse comparative avec un scan antérieur. «Il a décelé une petite lésion au niveau d'un vaisseau, qui était un peu déformé. Mais cette anomalie était déjà présente auparavant et ceci représentait un vaisseau tout à fait normal. Par conséquent, ce n'était pas significatif», mentionne l'anesthésiologiste.

Son diagnostic différentiel reposait sur trois hypothèses. «Ce n'était pas artériel, car si j'avais injecté le bloc dans une artère, elle aurait convulsé. Sa structure nerveuse était gelée, toutes les fibres motrices étaient touchées, mais je ne suis pas allé dans le rachis. Il n'y avait pas de liquide céphalo-rachidien dans la seringue», relate le Dr Audy qui se doutait qu'il y avait certainement eu une absorption veineuse et envisageait également un accident ischémique transitoire.

Une confirmation venue d'Inde

À l'urgence, où la femme a été admise pour être monitorée en continu, l'urgentologue et la neurologue considéraient sérieusement une thrombose. «La seringue était prête pour la thrombolysier et j'aurais dû l'intuber», signale l'anesthésiologiste en précisant qu'elle aurait pu resaigner dans le cou en périlésionnel, avec un risque de compromettre les voies aériennes. Mis dans la boucle, un neurologue spécialisé de Montréal préconisait de son côté de ne rien faire en affirmant que la patiente allait récupérer toute seule, car il n'y avait pas de phénomène thromboembolique.

Sur ces entrefaites, le radiologiste est venu confirmer l'opinion du neurologue montréalais. En fouillant sur Internet, il a trouvé un rapport de cas publié en 2010 dans le [Indian Journal of Anesthesia](#). Celui-ci décrit l'incident vécu par un homme de 25 ans suivi pour une blessure du plexus brachial du bras droit. Quelques secondes après l'injection d'un bloc stellaire de 2 cc de lidocaïne, il est devenu apnéique. Il était conscient et entendait, mais il était incapable de parler ou de bouger son bras sur demande. Une voie veineuse a été installée avec atropine 0,6 mg, mephenteramin 6 mg et dexaméthasone 8 mg et un litre de lactate Ringer a été rapidement injecté. Le patient a récupéré en cinq minutes et deux heures après, il était libéré.

«Je ne savais pas que ça existait. On appelle ça un syndrome d'enfermement de verrouillage ou de désafférentation motrice. Ça n'apparaît dans aucun manuel d'anesthésiologie. C'est extrêmement rare, on parle d'un cas sur un million», souligne le Dr Audy, dont la patiente a finalement récupéré et obtenu son congé cinq heures après.

«Ce n'était pas évident de garder mon sang-froid. Il a fallu que je gère mes émotions et celles de la patiente, qui paniquait. En même temps, je devais trouver une solution de toute urgence», expose a posteriori le médecin qui dresse un parallèle avec sa carrière militaire. «Quand tu es au combat avec ton bataillon, ce sont tes chums que tu ramasses. La Tuque est une petite communauté. On soigne souvent des proches. Alors il faut être capable de déconnecter et de prendre du recul», souligne-t-il en remerciant encore le radiologiste. «Il m'a vraiment aidé à y voir plus clair.»

Cas prise de tête: une infection bizarre s'avère une affection rare

Par Geoffrey Dirat

06/03/2025

En médecine, on apprend vite que les apparences peuvent être trompeuses. Le Dr Benoît Heppell l'a vérifié en prenant en charge une patiente aux symptômes suggérant un épisode viral.

Médecin de famille au GMF-U des Deux-Rives, à Sherbrooke, le Dr Benoît Heppell a dernièrement reçu en consultation une de ses patientes, qu'il suit habituellement. Cette femme dans la quarantaine n'a pas d'antécédents médicaux particuliers.

Ce jour-là, elle vient le voir car elle souffre de myalgies. Elle présente aussi une éruption cutanée qui s'apparente à de l'urticaire, ainsi que de petits symptômes respiratoires sous la forme d'une toux sèche.

Son test COVID revient négatif et sa radio des poumons montre un petit épaississement péribronchique. «Je conclus à un épisode de syndrome viral et je la mets sous analgésique», indique l'omnipraticien.



Le Dr Benoît Heppell (photo courtoisie)

La patiente revient le voir une semaine plus tard. Elle a désormais de la difficulté à marcher en raison de raideurs et de grosses douleurs articulaires, «sans qu'elle ait de synovite», constate le clinicien. Sa toux est persistante, «mais sa seconde radio des poumons est identique à la première. Son bilan sanguin montre un taux élevé de globules blancs neutrophiles à 20 000 et un taux de CRP [protéine C réactive] à 250. Le reste du bilan est normal», précise le Dr Heppell qui, pensant à une maladie rhumatologique, lui prescrit de la prednisone 20 mg à dose décroissante.

Il fait un suivi 48 heures plus tard: aucune amélioration. «Je suis toujours dans l'idée de quelque chose d'infectieux. De manière empirique, je décide de partir du Clavulin», relate le médecin. Le nouveau bilan sanguin de la patiente révèle que le taux des neutrophiles est passé à 30 000 et le CRP à 275. Le facteur rhumatoïde est mesuré à 15 UI/ml, soit «un peu au-dessus de la normale». En revanche, la culture de gorge est négative, de même que le second test COVID, ainsi que la recherche du virus d'Epstein-Barr (EBV) et du cytomégalovirus (CMV).

Deux jours plus tard, le Dr Heppell revoit la quadragénaire. Incapable de marcher, elle se déplace en fauteuil roulant. Elle souffre d'arthralgies au niveau de plusieurs articulations. Son éruption cutanée a disparu.

«Je contacte alors l'infectiologue, qui est d'accord avec moi: son bilan est trop impressionnant. Il émet l'hypothèse d'une maladie de Lyme, dont l'Estrie est l'épicentre au Québec», signale l'omnipraticien.

Investigations tous azimuts

L'infectiologue prend la patiente en consultation le jour même. En accord avec le Dr Heppell, il décide de l'hospitaliser et de lui prescrire une antibiothérapie composée de ceftriaxone et de doxycycline, «sans trop savoir ce qu'elle a», reconnaît l'omnipraticien.

Hémocultures, VIH, influenza, hépatite, parvovirus humain B19... Les deux médecins demandent un large bilan infectieux. «On recherchait une infection occulte ou un syndrome néoplasique en lien avec un cancer, alors on lui a fait passer un TEP-scan et un scan du thorax et de l'abdomen.»

Le jour d'après, ils ne constatent aucune amélioration chez la patiente et son bilan infectieux comme l'imagerie sont négatifs. Le duo consulte un rhumatologue. Le spécialiste opte pour une administration de prednisone, à 50 mg cette fois-ci. Et ça marche. Les taux de neutrophiles et de CRP s'améliorent aussitôt. Le rhumatologue conclut à une maladie de Still de l'adulte, un rhumatisme inflammatoire rare qui se déclare subitement, dont [l'incidence varie de 0,16 à 0,4 cas par 100 000 habitants et la prévalence de 1 à 24 cas par million d'habitants](#). Il cesse l'antibiothérapie et prescrit à la femme de la prednisone en doses décroissantes couplée à un agent biologique.

«On voit beaucoup d'arthrite rhumatoïde, mais je n'avais jamais vu de maladie de Still auparavant», convient le Dr Heppell en soulignant que «tout le tableau suggérait une infection bactérienne. Je me suis laissé cinq à six jours pour investiguer avant d'appeler le rhumatologue qui n'a donc pas eu à le faire. Des fois, ça vaut le coup de prendre un pas de recul.»

Cas prise de tête: des pernioses aux doigts et aux orteils qui cachait une maladie intestinale

Par Geoffrey Dirat

25/03/2025

Une jeune patiente initialement suivie en dermatologie a finalement été prise en charge en gastroentérologie. Avec succès.

Une fille de 12 ans, hospitalisée au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, présentait des lésions douloureuses et chroniques, depuis cinq ans, aux doigts et aux orteils; lésions qui s'exacerbaient d'octobre à avril, pendant les mois froids, et s'apparentaient donc à des engelures. L'examen clinique initial faisait état de «macules érythémateuses à violacées et de papules œdémateuses sur les doigts et les orteils», suggérant une «onychodystrophie due à une mauvaise circulation sanguine».



Dr Prévost Jantchou

La jeune patiente ne prenait aucun médicament et ne présentait pas de syndrome gastro-intestinal ni de perte de poids. Elle n'avait pas non plus d'antécédents médicaux ni d'allergie connue. Sa mère avait souffert d'anémie ferriprive et son père avait des antécédents de perniose.

La dermatologue qui prenait en charge la fille conclut à une maladie vasculaire entraînant une perniose. Elle lui prescrit de la nifédipine (un antagoniste du calcium de la famille des dihydropyridines) à raison de 20 mg par jour. Ce traitement améliore sensiblement les symptômes, mais de nouvelles lésions apparaissent sur les oreilles et les talons. La clinicienne remplace alors la nifédipine par du losartan (25 mg par jour), un antihypertenseur de la famille des inhibiteurs de l'angiotensine II.

La patiente subit ensuite une évaluation en rhumatologie. Aucune anomalie du tissu conjonctif n'est détectée, hormis des lésions typiques de la perniose. Le bilan immunologique révèle la présence d'anticorps antinucléaires (AAN) à un titre de 1/320, mais pas celle des antigènes nucléaires extractibles (ENA) et des anti-ADN. Les autres labos étaient tous normaux, y compris la formule sanguine complète (FSC), la fonction thyroïdienne et les cryoglobulines.

Après avoir découvert sur internet des cas documentés de perniose associés à la maladie de cœliaque, la mère de la patiente suggère au dermatologue de tester les antitransglutaminases tissulaires (ATG) qui servent au dépistage de l'entéropathie au gluten. Bingo! Le test révèle un taux d'ATG fortement élevé de 55 unités par millilitre, alors que la normale est inférieure à 10 unités par ml.

La fille est adressée en gastroentérologie, où elle est reçue en consultation par le Dr Prévost Jantchou. Le médecin pratique une œsogastroduodénoscopie qui lui permet de se rendre compte que la muqueuse duodénale de la patiente est aplatie et présente de multiples fissures. Il se souvient qu'«à l'œil nu, ça se voyait qu'elle avait des signes de maladie de cœliaque». Ce que viendront confirmer les biopsies qui ont révélé une atrophie villositaire au niveau du duodénum ainsi qu'une hyperplasie des cryptes, deux caractéristiques de la maladie cœliaque (intolérance au gluten).

Spectre de symptômes très large

«Je lui ai prescrit un régime sans gluten strict. J'ai aussi arrêté le losartan, car il peut contenir du gluten. Et tout s'est rétabli», indique le Dr Jantchou. Les lésions cutanées se sont améliorées, le taux des anticorps ATD a diminué, la rémission clinique complète intervenant dans les mois suivants. Cinq après, l'adolescente ne présentait plus aucun symptôme, même en hiver.

«Le spectre des symptômes de la maladie cœliaque est très varié. Il y en a plus de 200 différents», indique le gastroentérologue pédiatrique. «Habituellement, poursuit-il, la perniose est idiopathique, mais dans ce cas-ci, elle a été une des rares manifestations isolées de la maladie cœliaque.»

Il ajoute que d'autres symptômes cutanés peuvent être révélateurs, tels la dermatite herpétiforme, l'alopecie areata, l'urticaire chronique, le vitiligo, la vascularite cutanée, la dermatose bulleuse à immunoglobulines A linéaires (IgA), l'erythema elevatum diutinum (EED), une forme chronique rare de vascularite cutanée, ou encore les troubles auto-immuns du tissu conjonctif.

Selon le Dr Jantchou, le cas de cette jeune patiente illustre «l'importance d'envisager la maladie cœliaque chez les patients présentant des symptômes extra digestifs inexplicables. Il faut être à leur écoute et au moindre doute, il faut demander un dosage des anticorps ATG.»

Cas prise de tête: une fièvre étrange, un patient récalcitrant aux investigations

Par Geoffrey Dirat

29/04/2025

Un patient hospitalisé pour une pneumonie a donné du fil à retordre à la Dre Sophie Hyland, sur les plans clinique et éthique.

Médecin de famille à l'Hôpital de Gatineau, la Dre Sophie Hyland a dernièrement pris en charge un patient qui lui a posé des défis de différentes natures. Cet homme était hospitalisé depuis une semaine pour une pneumonie. Dans ses antécédents médicaux figuraient une dépression chronique, traitée avec deux antidépresseurs, ainsi qu'une lombalgie chronique en lien avec de l'arthrose.

Sous antibiotique intraveineux, il présentait un pic de fièvre mesuré à 38,2°C. «On a changé d'antibiotique, mais sa fièvre est restée anormalement élevée», indique l'omnipraticienne en précisant que la radiographie ne montrait pas de deuxième pneumonie ni d'embolie. «Il a fallu chercher plus loin.»



La Dre Sophie Hyland. (Courtoisie)

Le patient quadragénaire avait déjà passé un scan abdominal qui avait révélé la présence d'une faible quantité de liquide en périphérie du pancréas. «En l'absence de symptômes, on ne s'en était pas occupé», signale la Dre Hyland. Elle a donc demandé un nouveau scan. «De par sa position, la collection de liquide inconnu était difficilement évaluable, mais elle était toujours présente, en quantité légèrement augmentée. Ce n'était vraiment pas clair. Le radiologue a suspecté une pancréatite ou une perforation digestive.»

En plus d'une recommandation en gastroentérologie, la médecin a contacté le chirurgien de garde. Ce dernier préconisait une gastroscopie afin de se prononcer. La Dre Hyland s'est alors rendue au chevet du patient pour lui expliquer que sa fièvre anormale et/ou sa douleur chronique au dos étaient peut-être liées à ce liquide suspect et qu'il fallait l'investiguer. L'homme a refusé. «N'allez pas voir, je veux mourir», lui a-t-il répondu.

En consultant plus en détail son dossier, l'omnipraticienne a constaté que le patient avait des idées suicidaires et qu'il avait formulé une demande d'aide médicale à mourir (AMM) au début de son hospitalisation. «J'ai fait face à un dilemme éthique», témoigne la clinicienne qui pratique l'AMM en Outaouais. Elle sait bien qu'une condition de santé mentale n'y est pas admissible. Mais «ce patient-là qui a un diagnostic en santé mentale présente aussi des symptômes physiques. Ces symptômes ne sont-ils pas à l'origine de sa demande d'AMM?» s'est interrogée la Dre Hyland. Elle s'est également demandé s'il fallait lui faire subir contre son gré une investigation invasive. «La réponse semblait oui.»

Afin de déterminer la bonne approche, la médecin a sollicité la psychiatre de garde à l'hôpital. Celle-ci a appelé le psychiatre traitant du patient, qui lui a mentionné que la dépression et les idées suicidaires de ce dernier étaient liées à sa lombalgie chronique, mais qu'elles s'atténuaient lorsque ses douleurs au dos étaient contrôlées.

Négociation fructueuse

«J'ai jasé longtemps avec la psychiatre. On a eu un débat éthique ouvert et constructif dont la conclusion a été qu'on allait procéder à la gastroscopie et que s'il persistait à la refuser, on allait demander une ordonnance de traitement à la Cour», relate la Dre Hyland en convenant que «ce n'est jamais le fun de forcer un patient».

Avant d'en arriver là, la psychiatre a tenté de négocier avec l'homme. Elle lui a expliqué qu'un diagnostic psychiatrique ne fonctionne pas pour l'AMM, qu'il faut un diagnostic physique et qu'en passant cet examen, il en aurait possiblement un. Son explication l'a convaincu et il a finalement accepté de subir la gastroscopie. «J'étais contente qu'il ait accepté. Ça nous a enlevé de la culpabilité», reconnaît la Dre Hyland.

La gastroscopie réalisée à l'Hôpital de Gatineau a montré qu'il n'y avait pas de perforation digestive. Le chirurgien et le gastroentérologue n'étant pas en mesure d'investiguer davantage, ils ont transféré le patient au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). L'homme y a passé une quinzaine de scans et d'échographies. «Les scans étaient non spécifiques et les échographies ne se rendaient pas jusqu'à la collection de liquide», indique la médecin de famille qui a suivi le dossier à distance.

Finalement, l'installation d'un drain a permis d'analyser le liquide. Conclusion: pancréatite nécrosante. «Elle s'est résorbée grâce au drain et aux antibiotiques qu'ils lui ont donnés. Ils n'ont donc pas eu besoin de l'ouvrir», observe la Dre Hyland en convenant qu'elle se souviendra longtemps de ce cas. «J'ai fait beaucoup de téléphones pour ce dossier et j'ai travaillé fort avec les spécialistes. Ça a été un challenge diagnostique auquel se sont ajoutés des aspects santé mentale et médico-légal.»

Cas prise de tête: une amputation du doigt évitée en dernier recours

Par Geoffrey Dirat

29/05/2025

C'est un diagnostic inusité dont le Dr François Marquis est «particulièrement fier». En le posant, il a empêché qu'un patient dans la vingtaine ne perde l'annulaire de sa main dominante.

Une fois éliminé tout ce qui est plausible, il reste les options plus improbables à explorer. Ce principe de base a amené le Dr François Marquis à poser un des diagnostics «les plus fous» de sa carrière d'interniste. Un moment eurêka qui a évité une conséquence nuisible et irréversible à un patient qui allait être amputé d'un doigt, inutilement.

Le jeune homme en question était hospitalisé depuis près de deux semaines à l'unité de médecine interne de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il souffrait d'une arthrite septique au niveau d'une des jointures de l'annulaire droit et on l'avait mis sous antibiothérapie orale puis intraveineuse. En vain.

«Les traitements endormaient l'infection, sans la guérir. La gangrène progressait lentement, mais sûrement», relate le Dr Marquis qui a été amené à prendre en charge ce patient dès lors qu'il a pris la responsabilité de l'unité. «Le consensus était qu'il fallait l'amputer pour stopper l'infection. Le patient était en réflexion», se souvient le clinicien.

Jusque-là, ses collègues avaient tout essayé. Cultures de pus, hémocultures... Le travail avait été bien fait, mais n'avait rien donné. Ils étaient dans l'impasse et s'étaient résolus à l'amputation. «C'était l'urgence dans ma tête. Je ne pouvais pas croire qu'on allait lui couper le doigt sans savoir à cause de quoi», raconte le Dr Marquis.

Il se rend donc au chevet du patient pour lui poser quelques questions. «Il avait la vie banale d'un étudiant extrêmement tranquille. Il n'avait aucun facteur de risque particulier.» Au niveau des antécédents médicaux, l'homme en début de vingtaine était traité pour une maladie de Crohn avec un agent inhibiteur du TNF-alpha, l'infliximab, pour ne pas le nommer, qui avait fait son entrée sur le marché canadien deux ou trois ans plus tôt. Ça a tout de suite fait tilt.



Interniste, le Dr François Marquis est aussi chef du service des soins intensifs à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

L'interniste réussit à convaincre le chirurgien plasticien de réaliser une nouvelle biopsie afin de prélever du tissu articulaire plutôt que du liquide. Il envoie le prélèvement en microbiologie en demandant un diagnostic bactériologique de la tuberculose. Et là, bingo!

Le Dr Marquis va alors vivre son «moment Dr House», en référence à la série télé éponyme, «ce moment où le patron pose la question qui semble ne faire absolument aucun sens». Il demande ainsi au patient s'il possède un aquarium. Il lui répond que non, mais qu'il fait régulièrement l'entretien de l'aquarium de son oncle. «Vous êtes-vous coupé le doigt sur du corail?» L'étudiant répond cette fois-ci par l'affirmative, en précisant que cela remonte à un mois environ.

Il souffrait en fait d'une mycobactérie, dénommée *Mycobacterium marinum*, qui cause une forme de tuberculose du poisson et que l'on retrouve dans l'eau des aquariums mal entretenus. Résistant et peu sensible aux antibiotiques classiques, ce pathogène est responsable de la maladie dite des aquariophiles – également appelée «granulome des aquariums» –, car il peut se transmettre par le biais de lésions, même minimes, présentes sur la peau. Raison pour laquelle le port de gants est recommandé lors du nettoyage d'un aquarium. En l'occurrence, le jeune homme n'en avait pas mis.

À contresens

Le Dr Marquis a été mis sur la piste de la mycobactérie par l'infliximab, connu pour être un facteur de risque de développer une tuberculose. «C'est l'avantage d'arriver avec un regard neuf sur un dossier. On peut attraper des éléments différents», explique l'interniste également intensiviste.

Dans ce cas-ci, il fallait selon lui réfléchir à contresens. «On pense que les mycobactéries comme la tuberculose causent des maladies pulmonaires, mais elles peuvent tout attaquer, comme provoquer une infection hyper localisée dans une articulation.» L'autre enjeu en pareille circonstance demeure que «les mycobactéries causent des infections dont les bactéries sont difficiles à cultiver», souligne le clinicien qui en a conclu que «la seule infection qui pouvait ne pas répondre aux cultures déjà effectuées était de la famille de la tuberculose».

Une fois le bon diagnostic posé et les bons antibiotiques administrés, le patient a guéri rapidement, tout en conservant son doigt. Au grand soulagement de tous les médecins impliqués, qui n'étaient pas très à l'aise à l'idée qu'il perde son annulaire.

Cas prise de tête: une acidocétose diabétique qui n'en était pas une

Par Geoffrey Dirat

17/06/2025

Le Dr Joseph Dahine a dernièrement constaté la puissance du biais d'ancrage. Aux dépens d'un patient.

De garde aux soins intensifs de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, à Laval, le Dr Joseph Dahine a été appelé à l'urgence pour évaluer un patient âgé de 72 ans. Son collègue urgentologue suspectait une acidocétose diabétique de type euglycémique et voulait un avis avisé.

«Le tableau métabolique semblait assez évident et, sur papier, l'évaluation paraissait assez simple. C'était un bon cas pour les soins intensifs», relate le Dr Dahine. L'homme prenait en effet des inhibiteurs du SGLT2 pour le traitement de son diabète, dont l'un des effets secondaires, rare mais bien documenté, est l'acidocétose. Celle-ci présente la caractéristique d'être accompagnée d'une élévation modérée de la glycémie, voire d'une glycémie normale - raison pour laquelle on parle d'acidocétose euglycémique -, ce qui était le cas du septuagénaire.



Le Dr Joseph Dahine pratique les soins intensifs l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, à Laval.

En y regardant d'un peu plus près, l'intensiviste s'aperçoit néanmoins que le patient n'est pas euglycémique, mais hyperglycémique. «Je perds alors un peu la cohérence du tableau initial», signale le médecin qui décide alors d'approfondir son évaluation. Les gaz sanguins montraient bien que l'acidocétose était sévère, avec un pH à 7,11. Le bilan des autres causes communes de l'acidocétose métabolique n'avait cependant pas encore été demandé.

Le Dr Dahine réclame un test des lactates, qui revient avec un «taux énorme» de 21 mmol par litre. Il demande également un bilan hépatique. Le dosage de l'alanine aminotransférase (ALT) indique un taux de 12 000 UI/L. «C'est presque 400 fois la normale», souligne le clinicien. À partir de là, «on s'est alarmés. Il y avait bel et bien quelque chose d'anormal. On n'était plus juste dans une acidose métabolique à investiguer. C'était vraiment une urgence multisystémique parce qu'il y avait une atteinte hépatique massive.»

L'intensiviste demande aussitôt d'autres bilans. La mesure de l'INR (International Normalized Ratio, un des indicateurs de la coagulation sanguine) est anormalement élevée, à 3,5. Il

cherche alors à interroger le patient, mais ce dernier est trop confus. «Il n'est pas bien, ce qui n'est pas typique d'une acidocétose diabétique. Les patients peuvent être mal en point, mais d'habitude, ils restent cohérents.»

Dans ces conditions inusitées, le Dr Dahine penche pour un diagnostic d'encéphalopathie hépatique. «On a effectivement une acidose métabolique sévère, des lactates élevés et une coagulopathie qui sont compatibles avec une insuffisance hépatique», explique-t-il.

Le médecin reprend donc son raisonnement clinique. «On avait une acidose lactique grave sur fond d'insuffisance hépatique fulminante. Avec des ALT dans les 10 000, le diagnostic différentiel devient assez restreint. On a soit une hépatite ischémique, soit une thrombose, soit une intoxication médicamenteuse, la cause la plus commune étant de loin l'acétaminophène», souligne l'intensiviste qui prescrit ainsi une batterie de tests pour dépister ces trois hypothèses.

Bingo! Le dosage de l'acétaminophène revient positif. «Dans un moment de lucidité, le patient nous a raconté qu'il souffrait de douleurs chroniques au dos et qu'il avait pris des Tylenols. Jusqu'au point où il s'est intoxiqué dans un contexte fort probable de dénutrition et d'isolement social», signale l'intensiviste.

Se méfier de notre cerveau

À défaut de se qualifier pour une greffe du foie, le septuagénaire reçoit dès lors l'antidote adéquat, la N-acétylcystéine administrée par intraveineuse selon le protocole classique. En vain. «Ça faisait probablement longtemps, de plusieurs heures à peut-être quelques jours, qu'il était intoxiqué», observe le Dr Dahine. «Malgré le traitement, les dommages étaient trop grands et le foie trop atteint. Le patient est malheureusement décédé de défaillance multi-organique dans les 24 heures».

Naturellement troublé par cette issue fatale, le clinicien a tiré deux leçons de ce cas remarquable. «Même si on voit souvent à l'urgence des acidocétoses diabétiques, il faut toujours en rechercher la cause et ne pas présumer qu'elle est consécutive à la médication. Le risque serait de passer à côté de la plaque.»

La seconde leçon, «c'est qu'il est très facile de tomber dans le biais d'ancrage. Ça guette tous les médecins», prévient le Dr Dahine. «Quand un collègue nous dit "c'est une acidocétose diabétique" ou n'importe quel autre diagnostic, c'est rare qu'on le remette en question. On prend cette étiquette-là et on fait les tests et les traitements en lien avec (celle-ci).» En l'occurrence, il estime qu'une douzaine de raisons pourraient expliquer les impairs commis, telles la fatigue, l'inattention, la surcharge cognitive ou encore la surcharge de travail qui «ont fait en sorte que notre cerveau a pu nous jouer des tours».

Cas prise de tête: un conjoint source d'interférences dans le diagnostic

Par Geoffrey Dirat

23/07/2025

Le Dr Marc Steben retrace un cas «poupée russe» en lien avec des douleurs vulvaires lors des rapports sexuels.

Médecin de famille spécialisé dans la santé sexuelle et la santé des femmes, le Dr Marc Steben a longtemps pratiqué à la clinique de la vulve de l'Hôpital Notre-Dame, désormais affilié au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). C'est dans ce cadre qu'il y a une dizaine d'années, il a reçu en consultation une femme dans la cinquantaine référée par un gynécologue pris au dépourvu. «Elle était décrite comme hystérique, mais elle avait de bonnes raisons de l'être», raconte l'omnipraticien qui parle d'elle comme «(sa) patiente aux baguettes en l'air».

Celle-ci énonçait de nombreux problèmes gynécologiques et urologiques non diagnostiqués et donc non traités, parmi lesquels des sensations de brûlure et d'urgence au niveau de la vessie, ainsi que des brûlures et des douleurs de la vulve qui empêchaient toutes relations sexuelles. Brûlures et douleurs qu'elle disait éprouver depuis son mariage, trois décennies auparavant. «Elle avait beaucoup d'autres antécédents, dont une MPOC sévère [maladie pulmonaire obstructive chronique] causée par la consommation de deux paquets de cigarettes par jour», signale le Dr Steben.

Elle présentait également deux particularités non médicales. À l'aise financièrement, elle avait au fil des ans consulté une ribambelle de spécialistes au Canada et aux États-Unis. Deusio, son mari l'accompagnait toujours en consultation. «Il était très envahissant et très contrôlant», relate le médecin de famille qui se souvient que l'homme répondait souvent à la place de son épouse, s'obstinant avec elle sur les réponses à fournir.

À l'issue du premier examen gynécologique, le tableau paraît «assez évident» pour le clinicien: lichen plan doublé d'une infection chronique à levures maintenant prouvée par culture. Il lui prescrit donc de l'halobétasol en onguent, un puissant corticoïde topique à appliquer tous les soirs, et un traitement prophylactique par fluconazole, à raison de 150 mg une fois par semaine.



Le Dr Marc Steben a pris sa retraite du bureau. Il préside aujourd'hui l'International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD)

Trois mois après, la patiente revient le voir. Elle se trouve en échec, car elle n'a tout bonnement pas pris ses traitements. «Elle avait écouté son pharmacien qui avait remis en question mon diagnostic du lichen plan en lui disant que le corticoïde allait lui causer plein de problèmes, mais aussi que le fluconazole était dangereux pour son foie», rapporte le Dr Steben. Qu'à cela ne tienne, il lui re prescrit les mêmes molécules en demandant que le pharmacien l'appelle. Ce que ce dernier ne fera pas.

Le rendez-vous suivant, trois mois plus tard, la quinquagénaire fait état d'un certain soulagement. Le corticoïde et le fluconazole fonctionnent. Entretemps, elle a consulté un urologue qui a pris en charge ses troubles de la vessie. «Ses symptômes urinaires sont dès lors devenus le problème le plus important», signale l'omnipraticien.

Les tests ne montraient pas d'infection urinaire et les cystoscopies qu'elle avait subies ne montraient pas de cancer. Le Dr Steben pose alors un diagnostic par exclusion. Il conclut à une cystite interstitielle, aussi appelée syndrome de la vessie douloureuse, qui se caractérise par une brûlure chronique de la vessie dont l'origine est non infectieuse. Pour la traiter, il lui prescrit du pentosane polysulfate sodique (100 mg, trois fois par jour).

Changement d'approche

Bis repetita. La patiente ne prend pas son traitement, car pour son urologue, la cystite interstitielle n'existait pas. «Il l'avait convaincue que c'était une maladie inventée», se rappelle avec amertume le médecin de famille. À défaut, il lui recommande une physiothérapie du plancher pelvien qui donne «de bons résultats pour les douleurs lors des rapports sexuels comme pour la cystite interstitielle». Bilan mitigé. En complément, le Dr Steben préconise ensuite une approche cognitivo-comportementale, «qui a fait ses preuves», et l'adresse à un psychologue spécialisé en douleurs gynécologiques.

Cinq ou six ans se sont ainsi écoulés depuis la première consultation. La femme va mieux, mais continue de ressentir des douleurs vulvaires qui l'empêchent d'avoir des relations sexuelles. À l'occasion d'un énième rendez-vous de suivi, le Dr Steben profite de l'absence du mari, occupé à garer sa voiture. «C'était la première fois qu'elle était seule dans mon bureau. Je lui ai fait le récapitulatif de tout ce qu'on avait tenté puis je lui ai dit qu'à un moment donné, il fallait que le chat sorte du sac.»

La visite d'après, l'omnipraticien découvre le pot aux roses et les bras lui en sont tombés. Sa patiente a avoué au psychologue, lors de son dernier rendez-vous, qu'elle n'avait jamais eu de relations sexuelles avec son mari et qu'il ne l'avait pas même touchée sexuellement une seule fois depuis leurs noces.

«Ce n'était pas un mariage heureux et son conjoint n'était pas, selon elle, un "vrai" hétérosexuel», rapporte le clinicien. Il rappelle que cette femme présentait de vrais symptômes et souligne la «grosse charge émotionnelle» qui entourait sa désirabilité et sa sexualité finalement inexistante. «D'habitude, l'approche de couple réduit l'anxiété de performance chez la femme et

amène son partenaire à mieux la comprendre, à trouver une sexualité adaptative. Là, c'était l'inverse.»

Une fois le chat sorti du sac et sa séparation d'avec son mari, les douleurs de la femme ont disparu. «J'ai continué de la suivre deux fois par an. Son lichen plan était toujours là, mais il était sous contrôle et elle n'a plus fait d'infection à levures», mentionne le Dr Steben.

Le médecin convient qu'il a été souvent désemparé par l'histoire de cette patiente. «Dans les cas les plus compliqués, les plus désespérants, il y a très souvent du non-dit. Des fois, c'est de l'inceste. Des fois, c'est de la violence. Et des fois, c'est un cumul de choses qui bouleversent complètement la vie d'une femme. Ces choses s'imbriquent comme des poupées russes et quand on soulève une poupée, il y en a une autre en dessous.... Il ne faut pas lâcher et les soutenir coûte que coûte pour gagner leur confiance. Le pire serait de les abandonner.»

Post-scriptum: la patiente a fini par arrêter de fumer dans l'intervalle.

Cas prise de tête: quand une image surprenante vaut mille mots

Par Geoffrey Dirat

15/08/2025

Grâce à une échocardiographie au chevet, le Dr Alain Vadeboncoeur a changé le destin d'un patient.

Au tournant des années 2000, les échographies au chevet commençaient à se généraliser dans les services d'urgence du Québec. À ce moment-là, tous les médecins n'étaient pas encore familiers avec ces appareils à ultrasons et la plupart en faisaient un usage relativement basique comparé à aujourd'hui. C'est pourtant grâce à l'échocardiographie que le Dr Alain Vadeboncoeur a peut-être évité le pire pour un de ses patients. Un cas qui l'a particulièrement marqué.

À l'époque chef de l'Urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM), il reçoit un homme transporté par ambulance en début de soirée. «Il présente des symptômes un peu embêtants, mais assez habituels dans notre contexte de soins», signale le Dr Vadeboncoeur. Plutôt en bonne santé, sans antécédents significatifs, ce sexagénaire a souffert d'un malaise, mais sans perte de connaissance, avec une sensation d'étourdissement et une légère pression à la poitrine. Depuis, tout est revenu à la normale. Bref, «rien d'impressionnant. Un tableau assez courant», pense de prime abord l'urgentologue.

Le patient est installé en salle de réanimation. Son pouls est normal (60 BPM), alors que sa pression, similaire aux deux bras, n'est pas très haute (90 mm Hg), sans cause évidente. L'examen physique, incluant une évaluation neurologique normale, n'apporte pas plus d'informations au Dr Vadeboncoeur. «Je lui fais une échographie cardiaque sommaire pour détecter une anomalie, comme un épanchement. Il n'y en a pas, et je ne vois rien d'autre d'inquiétant», relate-t-il, en admettant qu'il n'avait pas grand-chose à se mettre sous la dent.

«Sur l'électrocardiogramme, il avait peut-être un petit trouble de conduction, sans plus. Il n'y avait pas de signes évidents d'infarctus ou d'ischémie, ce qui aurait pu me mettre sur la piste d'un syndrome coronarien», détaille le clinicien, qui suspectait qu'un bloc auriculoventriculaire pouvait être à l'origine du malaise éprouvé un peu plus tôt par le patient. Ce dernier est alors placé en observation, sous monitoring, tandis que le Dr Vadeboncoeur demande un bilan



Le Dr Alain Vadeboncoeur a dirigé le département d'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal de 1999 à 2021.

sanguin complet (dosages des électrolytes, de la troponine, de l'hémoglobine, de la créatinine, etc.). «Ce genre de patients là en médecine d'urgence, c'est potentiellement une boîte à surprise», souligne-t-il.

L'urgentologue part dès lors vaquer à ses occupations auprès d'autres patients. Une heure plus tard, une infirmière accourt. «Elle me dit que le patient fait un méga AVC.» Il se rend immédiatement à son chevet et constate que l'homme présente une hémiparésie complète gauche. «Je suis confondu. Je ne m'attendais pas à ça et ne voyais pas trop le lien entre un AVC et les symptômes initiaux ressemblant à une baisse de pression..»

Le Dr Vadeboncoeur pense effectuer un scan cérébral et initier rapidement le processus de transfert du patient vers l'établissement de référence, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), pour que son patient bénéficie potentiellement d'une thrombolyse. Puis, il lui vient une idée. «J'ai placé l'échographe sur sa carotide par curiosité, en me disant que j'allais peut-être voir la thrombose. Et là, j'ai vu une des images les plus saisissantes de ma carrière», affirme le clinicien qui a autorisé *Profession Santé* à la diffuser ci-dessous (voir le [GIF](#)).



Différentiel de pression

Sur l'écran, un flap de dissection est nettement visible, une anomalie pour laquelle l'urgentologue n'avait pas vraiment de formation: «Une partie de la paroi ballottait dans la carotide droite. C'était d'une évidence totale.» Généralement, ce genre de dissection a une origine traumatique, par exemple consécutive à un faux mouvement, et elle s'accompagne de douleurs, notamment des céphalées. Or, le sexagénaire n'avait rapporté ni l'un ni l'autre. «Je rembobine le fil et me rappelle que ce patient-là avait quand même eu une vague douleur

thoracique. Et là, je me dis: coudonc, il est en train de faire une dissection aortique», se souvient le Dr Vadeboncoeur.

L'urgentologue demande la pression aux deux bras. Elle est toujours relativement basse et symétrique. Suivant l'enseignement d'André Denault, un anesthésiste de l'ICM qui prônait de vérifier la pression des quatre membres en cas de situation inhabituelle, il demande ensuite une mesure aux deux jambes. «À ma grande surprise, la pression est à 200 dans les jambes! Ça, c'est embêtant, et ça renforce l'idée qu'il se passe quelque chose de grave dans l'aorte», indique le médecin, qui prévient aussitôt le chirurgien cardiaque de garde. Sceptique, ce dernier penche plutôt pour une dissection carotidienne, donc à transférer, mais il se laisse convaincre d'attendre le résultat du scan aortique avant de rentrer chez lui.

Le scan effectué avec contraste confirme rapidement le diagnostic envisagé par le Dr Vadeboncoeur: le patient souffre d'une dissection à partir de la racine aortique, qui se dirige jusque dans l'aorte descendante et se prolonge surtout dans les deux carotides et les deux artères sous-clavières! «Ça expliquait tout le tableau: le malaise ressenti, sans doute une hypoperfusion cérébrale consécutive à une hypotension; la pression basse dans les bras, mais élevée dans les jambes, car les sous-clavières étaient prises; ainsi que l'AVC, puisque les carotides étaient compromises», résume succinctement l'urgentologue.

Pour le patient, la donne venait de changer. Il n'allait plus être transféré pour obtenir une thrombolyse, mais opéré en urgence à l'ICM, un centre de référence pour l'aorte thoracique. Pour le Dr Vadeboncoeur, sa prise en charge s'est arrêtée à la porte du bloc opératoire. Tard en fin de soirée, le chirurgien l'informe que l'opération s'est somme toute déroulée rondement et que le déficit neurologique du patient s'est résorbé. Le lendemain soir, l'urgentologue lui rend visite aux soins intensifs. L'homme est déjà extubé, il se sent bien et il a complètement récupéré de son AVC.

«En moins d'une heure, j'étais passé d'une suspicion de bloc auriculoventriculaire sur un patient présentant des malaises assez vagues à un AVC massif, puis à une dissection aortique. Et finalement, le patient s'est entièrement rétabli!», se souvient avec plaisir le Dr Vadeboncoeur, qui a conservé précieusement cette image du flap de dissection dans la carotide qui l'a tant surpris. «Cette simple image a rendu clair quelque chose qui était jusque-là assez confus. Et elle a probablement changé le devenir du patient», souligne le médecin, qui en 30 ans de carrière à l'urgence a soigné environ une douzaine de dissections aortiques. «Ça reste quand même un problème rare, il faut être à l'affût!»

Cas prise de tête: des symptômes parkinsoniens qui prêtent à confusion

Par Geoffrey Dirat

26/09/2025

Un visage figé, des chutes à répétition et des hallucinations nocturnes: derrière ce tableau se cachait un trouble neurodégénératif difficile à diagnostiquer, même pour un gériatre expert en la matière.

Dans le cadre de la clinique externe de chutes de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), le Dr Thomas Tannou a reçu en consultation une aînée qui lui était référée par un urgentologue. Âgée de 78 ans, elle était tombée chez elle, de sa hauteur, sans malaise ni perte de connaissance. L'événement est survenu en présence de sa fille un peu paniquée: il s'agissait de sa quatrième chute en six mois, sans raison apparente.

Le tableau présenté par le médecin référent n'avait «rien de transcendant», constate de prime abord le gériatre spécialisé dans le vieillissement cognitif. Pour son hypertension, la patiente prend de l'amlodipine (5 mg) tandis que son ostéoporose est traitée à l'aide de calcium, de vitamine B et d'injections d'Aclasta^{MC} tous les six mois. Elle souffre par ailleurs d'une constipation récurrente, plus prononcée ces derniers mois. «À l'hôpital, elle avait passé un scanner cérébral ainsi que des radios des hanches et des genoux qui ne montraient rien de particulier. Son bilan biologique était tout ce qu'il y a de plus normal», relate le Dr Tannou. À ce stade-ci, ce dernier n'a aucun indice sur l'origine des chutes de cette femme.

Il la rencontre trois mois après sa visite à l'urgence; depuis, elle n'est pas retombée. Quand il la voit dans la salle d'attente, le clinicien est aussitôt interpellé par sa présentation physique. «Elle ne sourit pas trop et elle a une forme de rigidité faciale. Sa marche est correcte, mais ses mouvements sont raides.»

Une fois dans le bureau, le gériatre objective un «petit syndrome extrapyramidal». Il repère



Le Dr Thomas Tannou est clinicien chercheur à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Ses travaux portent entre autres sur l'anosognosie et la perception de soi dans la maladie d'Alzheimer.

également une diminution du ballant du bras à la marche, de même qu'une discrète roue dentée asymétrique, plutôt à droite. «C'est relativement fin, mais néanmoins, c'est présent», précise le Dr Tannou qui détecte une bradykinésie, «rien de plus».

Ces signes et ces symptômes l'orientent vers un syndrome parkinsonien, dont il évoque l'hypothèse auprès de la patiente et de sa fille. «Je leur propose d'essayer un traitement spécifique, le Levocarb^{MD}, et de procéder à une évaluation par un physiothérapeute de l'IUGM.». Une discussion forcément délicate, assortie des précautions nécessaires durant laquelle le médecin leur explique que ce traitement (lévodopa et carbidopa) permettra de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de première intention de la maladie de Parkinson.

Cela dit, vu l'âge de la patiente et son profil, les signes cliniques et l'absence d'autres signaux, le Dr Tannou pense avoir visé juste. «La maladie de Parkinson provoque un déficit de l'automatisme des mouvements. Cela explique le visage figé. Cela explique aussi la forme de rigidité dans les gestes qui augmente la probabilité de déséquilibre, donc le risque de chute. Cela peut également impacter le tractus digestif; la constipation accentuée de la patiente s'intègre donc parfaitement dans le tableau de Parkinson», détaille le gériatre. Il lui a donné rendez-vous trois mois plus tard pour un suivi.

Entretemps, la septuagénaire a de nouveau été hospitalisée à cause d'une chute qui a provoqué une déchirure de la coiffe de l'épaule. Le gériatre revoit sa fille six mois après cet événement. Elle l'informe que sa mère souffre désormais de délirium, qu'elle est traitée avec de la rispéridone, mais que ses hallucinations persistent la nuit. Très soucieuse, elle pose au médecin une question qui la taraude: «Est-ce que le Levocarb a entraîné tout ça?».

Bien embêté, le Dr Tannou lui répond que non, puis il rembobine le film. «Vous me dites que votre maman présente un syndrome type Parkinson, qu'elle a des hallucinations la nuit et qu'elle se plaint pas mal de sa constipation. On vous a parlé de délirium, mais globalement, elle a une cognition fluctuante. Il y a des moments où ça va mieux, puis il y a des moments où ça va moins bien. Elle n'a pas la maladie de Parkinson; elle a une maladie à corps de Lewy», conclut le gériatre.

Une maladie délicate à cerner

Moins connue que les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, la maladie à corps de Lewy (MCL) figure au deuxième rang des pathologies neurodégénératives les plus fréquentes, derrière l'Alzheimer. Difficile à diagnostiquer, elle partage plusieurs de ses symptômes musculaires et moteurs avec la maladie de Parkinson. Ce qui les distingue? «Dans la démence à corps de Lewy, les problèmes moteurs et musculaires se développent dans l'intervalle d'un an après le début du déclin de la fonction cognitive, celle-ci ayant de plus tendance à fluctuer énormément. Dans la maladie de Parkinson, la fonction cognitive commence à se détériorer 10 à 15 ans après l'apparition des syndromes musculaires et moteurs», résume le Dr Tannou.

Dans ce cas-ci, le médecin a été mis sur la piste de la maladie à corps de Lewy par le fait que

les hallucinations de la septuagénaire étaient plus prononcées la nuit. «Le patient a tendance à confondre phases de rêve et de réveil», signale-t-il. La deuxième particularité de la MCL, ajoute le clinicien chercheur, étudiant l'anosognosie dans les troubles neurocognitifs, «c'est la cognition fluctuante avec des moments durant lesquels le profil est relativement similaire à une maladie d'Alzheimer et des moments durant lesquels la personne est parfaitement lucide de sa propre condition et de ses difficultés. Ce qui mime le délirium.»

Dernier indice probant: «une forme d'intolérance et donc de réaction paradoxale au neuroleptique», qui constitue la troisième particularité de la MCL. «Autrement dit, vous mettez un neuroleptique avec une visée un peu sédatrice pour calmer l'agitation du patient et vous vous retrouvez à avoir quelqu'un qui est deux fois plus agité. C'est un cercle vicieux», mentionne le Dr Tannou. Il spécifie par ailleurs que c'est l'iatriogénie à la rispéridone qui lui a permis de confirmer le diagnostic de la MCL.

Le médecin a donc arrêté le neuroleptique, maintenu le Levocarb auquel il a ajouté des patchs de rivastigmine pour le contrôle des hallucinations et de la fluctuation cognitive. Depuis, la femme n'a plus chuté. «On a complètement amélioré son profil cognitif et fonctionnel et on lui a permis de retrouver une certaine autonomie en revenant à l'état antérieur à ses épisodes de chutes.»

À titre personnel, le Dr Tannou trouve gratifiant d'avoir su maintenir le lien de confiance avec la patiente et sa fille. «On a eu de très belles interactions.» Sur le plan clinique, il trouve valorisant d'avoir pu proposer une stratégie globale et pluridisciplinaire, incluant de la physiothérapie et de l'ergothérapie, qui a démontré son efficacité thérapeutique. «Un an après, c'est assez chouette de voir cette personne se maintenir», conclut-il.

Cas prise de tête: un visage rongé, une vie à reconstruire

Par Geoffrey Dirat

30/10/2025

Diagnostiqué plus de dix ans auparavant, son carcinome basocellulaire avait envahi la quasi-totalité du visage. Ce cas, exceptionnel par son étendue et sa chronicité, a mis à l'épreuve la logique clinique et le jugement thérapeutique du Dr Christian El-Hadad.

Après avoir terminé sa résidence en ophtalmologie à l'Université McGill en 2018, le Dr Christian El-Hadad a pris la route du Texas. Au sein du MD Anderson Cancer Center de Houston, il s'est surspécialisé en chirurgie reconstructive des paupières, de l'orbite et des voies lacrymales, puis en oncologie orbitaire. De retour au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), il a retrouvé l'effervescence du milieu académique et les cas complexes qu'il attire – comme celui de ce patient qui lui a été référé en désespoir de cause au début de l'année 2022.



Le Dr Christian El-Hadad pratique au CUSM.

Lorsqu'il franchit la porte de son bureau, cet homme de 55 ans est méconnaissable. Son nez, ses sinus et ses orbites ont été déformés par une tumeur qui ronge lentement son visage. On lui a déjà annoncé qu'il n'y avait plus rien à faire et qu'il allait bientôt mourir. Face à lui, le Dr El-Hadad voit pourtant autre chose: un carcinome basocellulaire certes très avancé, mais peut-être pas incurable. «Ma première réaction a été: comment a-t-on pu en arriver là?» se souvient le médecin.

Presque aveugle, l'homme se déplace en fauteuil roulant, guidé par sa conjointe. La tumeur a déplacé ses yeux vers l'extérieur, altérant leur alignement et sa vision binoculaire. «Il voyait comme un animal de proie», illustre le Dr El-Hadad. La masse tumorale a fini par désorganiser toute l'anatomie du visage. Le médecin comprend aussitôt qu'il ne s'agit pas d'un cancer fulgurant, mais d'une maladie ancienne, négligée, entretenue par une peur viscérale de la chirurgie et une anxiété paralysante.

Le dossier révèle un diagnostic posé douze ans plus tôt: un carcinome basocellulaire (CBC) du nez, jamais traité. À l'époque, on lui avait proposé une rhinectomie complète. Terrorisé à l'idée d'être défiguré, l'homme avait refusé toute intervention et s'était peu à peu isolé. «Il vivait avec une tumeur qu'il savait mortelle, mais qu'il ne pouvait affronter», résume le Dr El-Hadad. Ce long face-à-face avec le cancer explique en partie l'ampleur du tableau qui se présente aujourd'hui – et la détresse du quinquagénaire persuadé d'être condamné.

À l'évaluation initiale, la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) est de 20/30 à l'œil droit et de 20/40 à l'œil gauche. La tomodynamométrie révèle une masse de 89 × 79 mm, centrée sur les fosses nasales, avec envahissement des sinus frontaux et destruction partielle des sinus maxillaire, sphénoïdal et ethmoïdal. «Trop étendue pour être opérée sans mutilation majeure, la lésion devait d'abord être contrôlée, ou du moins ralentie», explique le Dr El-Hadad qui amorce un traitement au vismodegib, une thérapie néoadjuvante ciblant la voie Hedgehog, préconisée dans ce type de cancer cutané.



Photographie à la présentation initiale montrant un CBC avancé avec destruction nasale et exophtalmie.

Les effets se font rapidement sentir. En quatre mois de vismodegib, la tumeur régresse de façon spectaculaire (à 29 × 27 × 43 mm), avec une néo-épithélialisation complète de la région nasale. Le patient retrouve une acuité visuelle normale (20/20 aux deux yeux) et une motilité oculaire sans limitation.

«La réponse a été remarquable, au-delà de nos attentes», relate le Dr El-Hadad. Pour la première fois depuis des années, l'homme rapporte une amélioration de ses symptômes.

Une succession de virages thérapeutiques

Mais après neuf mois de traitement, le tableau se renverse. L'imagerie révèle une progression tumorale avec extension aux sutures naso-frontales et aux sinus frontaux. Le PET-scan montre une reprise franche de l'activité tumorale, avec une valeur SUV (Standardized Uptake Value, ou valeur de fixation normalisée) de 12,7. Le vismodegib est interrompu et remplacé par une immunothérapie intraveineuse au cemiplimab, destinée à réactiver la réponse immunitaire contre la tumeur. Malgré cet espoir, la maladie poursuit sa progression après cinq cycles, l'examen suivant affichant un SUV de 14,6.

À ce stade, le Dr El-Hadad n'a guère de marge de manœuvre. La tumeur chevauche désormais le plancher de la cavité cérébrale; un envahissement intracrânien devient une menace réelle. «On ne voulait surtout pas qu'elle atteigne le cerveau. Rendu là, il fallait faire des choix», explique-t-il.

La chirurgie étant jugée trop risquée, la discussion s'oriente vers une association de chimiothérapie et de radiothérapie, une décision prise au sein de la table de concertation des tumeurs oculaires du CUSM – un groupe multidisciplinaire unique au pays où ophtalmologistes, radio-oncologues, pathologistes et neuroradiologistes discutent régulièrement des cas les plus complexes.

Le cemiplimab est ainsi arrêté au profit d'une chimiothérapie à base de cisplatine, une option plus ancienne mais parfois efficace dans les formes avancées de carcinome basocellulaire. Les premières images confirment une réponse encourageante, bien que le traitement doive être interrompu après 14 mois en raison d'une neuropathie périphérique et d'une ototoxicité sévère. «Ce n'était pas mon premier choix, mais il fallait faire quelque chose. La priorité, c'était de freiner la progression, pas de viser la perfection», observe le médecin.

Pour consolider la réponse obtenue, une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) est entreprise, combinée à la capécitabine afin d'en potentialiser les effets. Le traitement est cependant interrompu après quelques semaines, une radiodermite sévère ayant rendu la poursuite impossible.



Photographie à 24 mois, sept mois après l'arrêt du cisplatine et de la radiothérapie.

Malgré cet arrêt prématuré, la tumeur continue de régresser. Les examens d'imagerie successifs confirment une amélioration marquée et durable, sans médicament ni traitement concomitant depuis plusieurs mois. Cliniquement, le patient conserve une acuité visuelle de 20/20 aux deux yeux et une motilité oculaire normale.

«C'est pour des cas comme celui-là qu'on choisit la pratique académique», confie le Dr El-Hadad. «Cet homme était venu chercher la confirmation d'un décès. Quatre ans plus tard, il mène une vie stable et son anxiété a disparu. La première fois que je l'ai vu, on m'avait prévenu qu'il souffrait d'agoraphobie. Il fallait le recevoir immédiatement, sinon il paniquait et quittait la salle d'attente. Aujourd'hui, il s'assoit tranquillement parmi les autres patients, en attendant son tour. Rien que ça, c'est une victoire.»

Cas prise de tête: quand le traitement qui sauve menace la vie à naître

Par Geoffrey Dirat

11/11/2025

Poursuivre un médicament pour préserver la santé maternelle, ou l'arrêter pour protéger le fœtus? La Dre Dane Christina Daoud raconte un dilemme aux confins de la science et de l'instinct médical.

Dans la carrière d'un médecin, il y a des patients qui bousculent tout: la science, les certitudes, et parfois même les émotions. Ceux qui forcent à réfléchir en dehors des protocoles. Et ceux avec qui se crée un lien qui dépasse la clinique, quand la confiance devient complicité thérapeutique. La Dre Dane Christina Daoud a accompagné une patiente qui a mis à l'épreuve autant sa pratique que son humanité.



Elle était au début de la trentaine quand la Dre Daoud l'a rencontrée pour la première fois. Une jeune femme épuisée par deux décennies de maladie de Crohn, au bout de ses forces et de ses réserves. Les chirurgies s'étaient succédé – résections, stomie, fistules – jusqu'à ne lui laisser qu'environ 140 centimètres d'intestin. À 35 kilos pour un mètre soixante, avec un IMC de 13, elle ne pouvait plus survivre sans aide.

La Dre Daoud a pris le relais à un moment critique. La jeune femme présentait une insuffisance intestinale chronique: son système digestif n'était plus capable d'absorber les nutriments essentiels. «Sans nutrition parentérale, elle n'aurait pas survécu», résume la gastroentérologue, responsable du programme de nutrition parentérale à domicile du CHUM. On lui a posé un cathéter central tunnelisé inséré par voie jugulaire interne droite afin de la nourrir par les veines. Avec l'aide de la Dre Daoud et de son équipe multidisciplinaire de nutrition parentérale à domicile, elle a appris à s'y brancher le soir, à se débrancher le matin, à gérer sa pompe et ses sacs de perfusion – un rituel quotidien devenu sa condition de survie.

Peu à peu, son corps a repris des forces. Les apports parentéraux ont permis une remontée de poids spectaculaire: de 35 à 55 kilos en moins d'un an. Les électrolytes se sont stabilisés, les hospitalisations se sont espacées et ses menstruations sont revenues. «Elle avait retrouvé son poids usuel, qu'elle n'avait pas atteint depuis des années», se souvient la Dre Daoud. La jeune femme a pu reprendre ses études universitaires et, pour la première fois depuis longtemps, envisager l'avenir autrement qu'en termes de survie.

La rémission n'a pourtant pas duré. Moins d'un an et demi plus tard, la maladie de Crohn s'est réactivée. Tous les traitements conventionnels avaient déjà échoué: anti-TNF, anti-IL12/23, anti-intégrines. Restait une seule option, l'upadacitinib, un inhibiteur sélectif de JAK1. «C'était le seul traitement qui fonctionnait. Sans lui, on perdait le contrôle de sa maladie», explique la Dre Daoud. Grâce à cette molécule, l'inflammation s'est apaisée et le poids s'est maintenu.

Une grossesse inattendue et un dilemme inédit

Et puis, l'impensable est arrivé: la jeune femme est tombée enceinte. Une grossesse survenue alors qu'elle recevait toujours de la nutrition parentérale et un traitement par upadacitinib, un médicament à la sécurité foétale incertaine. À la connaissance de la Dre Daoud, c'était la première grossesse de ce type documentée au Québec. Dans la littérature internationale, une seule revue systématique avait recensé à peine 21 grossesses en trente ans chez des femmes françaises sous nutrition parentérale à long terme – dont près des deux tiers avaient été marquées par des complications maternelles.

«C'était un véritable casse-tête clinique», raconte la Dre Daoud. «Les risques que nous redoutions ne concernaient pas seulement l'état clinique de la patiente. Du côté maternel, nous craignons une exacerbation de sa maladie de Crohn, une bactériémie liée à une infection du cathéter, des épisodes subocclusifs, ou encore une dénutrition aiguë – ce qui, chez elle, pouvait survenir très vite et avoir des conséquences dramatiques. Mais il y avait aussi des risques du côté foetal: retard de croissance intra-utérin, prématurité, ou une malformation possiblement associée à l'upadacitinib.»

Face à ce dilemme, l'équipe a longuement hésité. Fallait-il interrompre l'upadacitinib, au risque de provoquer une rechute sévère de la maladie de Crohn, ou maintenir le traitement malgré l'incertitude quant à ses effets sur le fœtus? «On a beaucoup discuté avec la patiente et son conjoint, se souvient la Dre Daoud. Nous leur avons exposé les risques, sans détour. Finalement, nous avons jugé plus dangereux d'arrêter le traitement que de le poursuivre, car une poussée de Crohn aurait pu compromettre à la fois la santé de la mère et celle de l'enfant.»

Neuf mois d'équilibre précaire

Pour encadrer cette grossesse hors norme, un suivi rapproché a été instauré dès les premières semaines. «Cette grossesse n'aurait jamais pu être menée sans une étroite collaboration entre la gastroentérologie, la gynéco-obstétrique et la médecine obstétricale de la clinique de grossesse à risque», insiste la Dre Daoud. La patiente était vue toutes les deux semaines, puis chaque semaine dès la vingtième. Poids, électrolytes, hydratation, croissance foétale: tout était minutieusement surveillé «et on ajustait au besoin», indique la gastroentérologue.

Malgré les risques, la grossesse s'est déroulée étonnamment bien. La jeune femme a pris du poids, passant de 53 à près de 65 kilos. Les électrolytes sont restés stables; trois perfusions hebdomadaires ont suffi. Une seule complication est survenue vers la 30e semaine: une occlusion intestinale transitoire, résolue en vingt-quatre heures. «C'était notre plus grande

crainte», admet la médecin. «Mais tout s'est stabilisé rapidement, sans séquelle pour la mère ni pour le bébé.»

En prévision de l'accouchement, une rencontre multidisciplinaire a réuni gastroentérologues, obstétriciens et anesthésistes. «On a privilégié une césarienne parce qu'elle offrait un meilleur contrôle de l'intervention dans un contexte chirurgical très complexe, alors qu'un accouchement vaginal aurait été beaucoup plus imprévisible et à haut risque de complications en urgence.»

La césarienne s'est finalement déroulée comme prévu. La patiente a accouché d'un enfant en parfaite santé, à 38 semaines et 3 jours de gestation (poids: 3,45 kg; Apgar: 9-9-9). «Tout s'est passé à merveille», se souvient la Dre Daoud. «Après tout ce qu'elle avait traversé, la voir tenir ce bébé dans ses bras, c'était irréel.» La mère a obtenu son congé trois jours plus tard, sans complication postopératoire. La maladie de Crohn s'est ensuite légèrement réactivée, mais la jeune femme est demeurée stable, poursuivant ses suivis réguliers avec l'équipe du CHUM.

Aujourd'hui, la Dre Daoud garde un lien fort avec sa patiente. «Chaque mois, elle m'envoie des photos de son bébé», confie-t-elle, le sourire dans la voix. Sur son cellulaire comme dans son bureau, les images de la mère et de l'enfant rappellent l'exploit collectif que fut cette grossesse. «C'est un cas que je n'oublierai jamais, dit-elle. Il m'a rappelé que la médecine n'est jamais une aventure solitaire – c'est toujours un travail d'équipe, et parfois, un acte de foi.»