

Bruno Kissling

«Nous rentrons pas trop grave»

Cela fait une semaine que se sont soudain déclarées ces douleurs sacro-glutéo-fémorales extrêmement intenses.

L'examen de ce septuagénaire, qui a eu très peu besoin jusque-là de mes services au cabinet, n'a rien révélé de particulier, à l'exception d'une gonarthrose bilatérale avec une importante déformation en varus connue de longue date. L'examen neurologique des membres inférieurs et le Lasègue étaient normaux. Retenant l'hypothèse d'un processus dégénératif/inflammatoire lombovertébral/sacro-iliaque, nous avons commencé le traitement par la prescription de paracétamol et d'un AINS à fortes doses. Sans succès. L'évolution a notamment été caractérisée par la persistance de douleurs nocturnes intolérables (8/10). Le patient était même contraint de passer ses nuits assis dans un fauteuil, penché en avant. Ça allait nettement mieux le jour. Les corticostéroïdes qui lui ont été remis n'ont pas non plus réussi à calmer la situation.

Mercredi soir, après une longue journée de consultations, je trouve au courrier les radiographies de la colonne lombaire et du bassin que j'avais demandées. Elles montrent, en plus de lésions dégénératives sévères du rachis lombaire, une formation calcifiée arrondie, en position paramédiane droite au niveau de la première vertèbre sacrée, d'un diamètre d'environ 5 cm. Il pourrait s'agir d'un anévrisme de l'aorte infrarénale, dit le rapport du radiologue. Je sais bien que le diamètre critique d'un anévrisme disséquant de l'aorte se situe vers 5 cm sur les clichés IRM. Est-ce que je sous-estime ou surestime le diamètre d'un éventuel anévrisme aortique sur les radios que je suis en train d'examiner? Je n'en suis plus très sûr. Je m'étais fait une toute autre idée de cette douleur sacro-glutéale d'apparition brutale à l'anamnèse avec sa position antalgique en flexion antérieure du tronc et cette résistance au traitement: douleur soudaine extrêmement violente – poussée d'anévrisme disséquant progressif ... atténuation des douleurs en position penchée vers l'avant – processus rétropéritonéal ... Comment ai-je bien pu manquer cela? Mais j'ai quelques arguments contraires à faire valoir: ce patient ne présente aucun facteur de risque cardiovasculaire majeur, comme j'ai pu le constater lors d'un récent contrôle complet. Il y a quelque temps déjà qu'il a réussi à se débarrasser d'un tabagisme modéré. Taux de cholestérol normal. Pas de diabète. Sa tension artérielle est habituellement dans la zone grise au cabinet, mais elle est normale à la maison – hypertension de blouse blanche. Mais l'âge! Le patient a rendez-vous chez moi pour un contrôle ce vendredi. Demain, j'ai ma journée sans consultations. Ça pourra sûrement attendre.

Mais est-ce qu'on peut vraiment attendre? Je me souviens d'une histoire semblable. J'avais fait un mercredi soir après la consultation, à l'examen de clichés IRM, la découverte fortuite d'un anévrisme de 5 cm sur l'artère fémorale droite. J'avais attendu, car le patient avait aussi rendez-vous le vendredi. Il avait même raconté un brin amusé avoir noté l'apparition d'une boule pulsatile dans le

pli inguinal droit. Ma mine inquiète lors de la palpation prudente de cette masse pulsante l'avait laissé songeur, m'avait-il raconté un peu plus tard. J'avais pris la décision d'hospitaliser immédiatement le patient par ambulance, sans même lui permettre de se relever après l'examen. Il fut opéré en urgence. Il a d'ailleurs justement eu son rendez-vous de contrôle aujourd'hui à ma consultation. Il va très bien.

Non; décidément, ça ne peut pas attendre. J'ai un mauvais pressentiment. J'informe le patient par téléphone et j'appelle le chef de clinique de garde du service des urgences de l'hôpital universitaire voisin. Vu la suspicion clinique et radiologique d'anévrisme disséquant de l'aorte, mais aussi pour des raisons psycho-hygiéniques – j'étais inquiet et j'aurais passé une assez mauvaise nuit avec toutes ces questions sans réponses et le souvenir de cette ancienne histoire –, nous avons décidé, le patient, le confrère hospitalier et moi-même, de soumettre le patient le soir même à un CT au centre des urgences. Le patient et ses proches m'ont été reconnaissants d'avoir pris cette histoire autant au sérieux et heureux de cette prise en charge.

«4/10!», m'annonça le patient deux jours plus tard, l'air radieux. C'était un ganglion lymphatique calcifié et il ne ressentait presque plus de douleur. Les médicaments ont pu être réduits.

«Nous rentrons pas trop grave», tel était le texte du SMS transmis par son épouse à sa belle-fille de langue allemande au beau milieu de la nuit précédente, lorsque les médecins des urgences l'ont laissé rentrer chez lui. Une formule qui a beaucoup inquiété la belle-fille car elle l'a interprétée en introduisant un «ne» avant «rentrons» et en interpolant une virgule manquante derrière le «pas». Et qu'est-ce que j'ai bien pu interpoler, moi?

Correspondance:
Dr Bruno Kissling
Spécialiste FMH Médecine générale
Elfenuweg 6, 3006 Berne
kissling@primary-care.ch



Wonca
EUROPE
2009
conference

16–19 September 2009
Basel, Switzerland

The Fascination of Complexity –
Dealing with Individuals in a Field of
Uncertainty

Abstracts: Deadline February 2009

Fees for Swiss participants (until 30 August 2009)
CHF 360 participants
CHF 260 young doctors
CHF 80 students
Participants working/studying in Switzerland
please register under SSMG/SGAM
www.woncaeurope2009.org

