

De mystérieuses hypoglycémies...

par le Dr Thomas ORBAN*

* médecin généraliste
1180 Uccle
thomas.orban@ssmg.be

Monsieur M. consulte dans des circonstances inhabituelles. J'ai eu sa maman au téléphone la veille pour demander une consultation d'alcoolologie en urgence. Elle m'a expliqué que son fils de 28 ans est allé aux urgences d'un hôpital universitaire bruxellois quelques jours auparavant pour y être «interné». Confrontée au refus de l'hôpital et devant des symptômes (des «hypoglycémies» dit-elle) qui l'inquiètent, elle a suivi le conseil de la psychiatre des urgences qui l'avait guidée vers moi. Je le vois le lendemain.

Le patient fume de manière effrénée dans la petite cour adjacente à mon cabinet lorsque je vais le chercher.

Observer : encore et toujours

D'emblée, j'observe sa démarche ébrieuse. Ce n'est pas l'habituelle démarche que je connais bien chez les patients alcoololo-dépendants qui n'ont pas su s'absenter de boire avant la consultation. Monsieur M. avance tel un pantin désarticulé qui donne l'impression qu'il va tomber à tout moment mais qui finalement parvient à tenir debout. Étrange impression, que la présence à ses côtés de son frère et de sa mère, adoucit quelque peu. Le patient se jette sur une chaise, plutôt qu'il ne s'y assied, comme s'il le faisait au jugé. Son regard me paraît étrange : il me regarde sans vraiment me donner l'impression de me voir réellement. Au cours de l'anamnèse, j'observe régulièrement des gestes légèrement saccadés, dont l'amplitude est mal adaptée. Sans l'avoir examiné, ce patient m'inquiète déjà.

Examiner : minutieusement

ABSTRACT

Case report of a patient with a Wernicke encephalopathy.

Key words :
alcoholism, alcohol, Wernicke encephalopathy.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'un patient présentant une encéphalopathie de Wernicke.

Mots clefs :
alcoololo-dépendance, alcool, encéphalopathie.

Le patient est allongé sur la table d'examen, non sans une certaine rigidité. Ses paramètres sont anormaux : TA à 160/82 mmHg, un pouls à 120 battements par minute, régulier.

Tout en l'examinant, je réinterroge le patient. Il parle de manière saccadée dans un argot fleuri, interrompu de temps en temps par une plainte : « je vais avoir une crise ». Une glycémie au doigt est réalisée : 120 mg/dl.

Un examen minutieux ne rapporte pas grand-chose, hormis une mydriase permanente et peu réactive.

Je le rassure donc sur l'absence d'hypoglycémie et lui en demande plus : il dit présenter régulièrement des « crises » et c'est l'une de celles-ci qui l'aurait décidément à demander à rentrer à l'hôpital.

Soudain, une agitation plus intense me fait craindre la survenue d'une des fameuses crises... mais non, cela finit par se calmer grâce à la technique respiratoire que je lui demande d'effectuer avec moi. Je tente de lui donner un comprimé d'anxiolytique : il doit prendre le verre à deux





main pour parvenir à boire et finit par manquer de s'étrangler dans un soubresaut impressionnant!

Ce patient m'inquiète décidément !

Je réfléchis, il pourrait présenter :

- une intoxication éthylique, il a pas mal bu ce matin ;
- un syndrome de sevrage sur baclofène dont il a stoppé les 160 mg journaliers, brutalement il y a 4 jours à peine ;
- une décompensation d'une comorbidité psychiatrique ;
- une pathologie métabolique mais je ne vois pas d'emblée laquelle.

Bibliographie

1. [Reuler JB, Girard DE, Cooney TG. Wernicke's encephalopathy. The New England Journal of Medicine, 312: 1035-1039.](#)
2. [Cherness M. Wernicke's encephalopathy. Uptodate.](#)

Aux urgences !

Après m'être assuré du contrôle du patient par mon collègue en salle d'attente, je passe quelques coups de téléphone. Je réussis à joindre facilement la psychiatre de garde de l'hôpital Saint-Pierre et nous convenons que ce patient doit être pris en charge par les urgences somatiques en premier lieu pour exclure toute pathologie annexe à sa dépendance. Elle-même ne manquera pas de passer le voir.

C'est aux urgences que le diagnostic a été posé grâce à l'ophtalmoplégie (paralysie oculomotrice) présentée par le patient. Cette dernière fait partie, avec la confusion et l'ataxie (manque de coordination), de la triade classique de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke ou encéphalopathie de Wernicke (EW). Cette triade n'est complète que dans 10% des cas.

L'EW est une situation aigüe qui peut mener au coma et à la mort. Elle résulte chez le patient alcoololo-dépendant d'un déficit en thiamine ou vitamine B1 par un apport alimentaire insuffisant, par une mauvaise absorption gastro-intestinale, par une réduction du stockage hépatique et par une utilisation modifiée de la thiamine ou vitamine B1. Le traitement est simple et réduit efficacement le risque de décès. Il consiste en l'administration intraveineuse de thiamine. Des séquelles oculaires ou une ataxie résiduelle sont fréquents. La confusion peut mettre plusieurs jours à disparaître.