



Grille d'évaluation ECOS - USMLE-35 - Hallucinations visuelles - Homme 27 ans

 Service d'urgences

 Jack Edwards, 27 ans, se présente aux urgences en se plaignant de voir des écritures étranges sur le mur

TA 140/80 mmHg	FC 110 bpm	FR 15/min	T° 36.8°C
-------------------	---------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/48

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je vois des écritures étranges sur le mur]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation des hallucinations visuelles				0
Début [Cela a commencé hier]	<input type="checkbox"/>			
Contenu [Ce n'est pas clair, et je n'arrive pas à les lire la plupart du temps]	<input type="checkbox"/>			
Durée [Cela dure moins d'une minute]	<input type="checkbox"/>			
Evolution [Cela vient et ça part]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Cela s'est produit 3 à 4 fois depuis hier]	<input type="checkbox"/>			
Persistance yeux fermés [Parfois]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs atténuants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
3. Exploration des hallucinations auditives				0
Hallucinations auditives associées [J'ai l'impression d'entendre des voix étranges quand je vois les écritures]	<input type="checkbox"/>			
Contenu des voix [Je ne les comprends pas ; les voix semblent lointaines]	<input type="checkbox"/>			
Voix impératives [Non]	<input type="checkbox"/>			
Perte d'audition [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Évaluation du risque et insight				0
Sentiment d'être contrôlé [Non]	<input type="checkbox"/>			
Idées d'automutilation ou hétéro-agressivité [Non]	<input type="checkbox"/>			
Pensées suicidaires ou homicidaires [Non]	<input type="checkbox"/>			
Association symptômes/consommation de drogue [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Symptômes neurologiques				0
Maux de tête [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Changements visuels ou perte de vision [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Traumatisme crânien [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes psychiatriques				0
Plaisir dans les activités quotidiennes [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Maladie mentale dans la famille [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes de sommeil [Non, mais parfois j'ai du mal à me réveiller le matin]	<input type="checkbox"/>			
Somnolence diurne [Non, mais parfois je me sens très somnolent pendant la journée]	<input type="checkbox"/>			
7. Changements de vie ou stress [Pas vraiment]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

8. Symptômes généraux				0
Fièvre [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements de poids [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
9. Consommation de substances				0
Drogues illicites [Occasionnellement]	<input type="checkbox"/>			
Types de drogues [Angel dust (PCP) ; parfois de l'ecstasy]	<input type="checkbox"/>			
Dernière consommation [Hier, à une soirée chez un ami]	<input type="checkbox"/>			
Consommation d'alcool [Non]	<input type="checkbox"/>			
Tabac [Oui, je fume un paquet par jour depuis 6 ans]	<input type="checkbox"/>			
10. Médicaments actuels [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		0
11. Antécédents médicaux [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		0
12. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		0
13. Antécédents familiaux [Mon père avait de l'hypertension]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		0
14. Mode de vie et habitudes				0
Profession [Je travaille comme barman]	<input type="checkbox"/>			
Exercice [Non]	<input type="checkbox"/>			
Activité sexuelle [Oui, avec ma petite amie]	<input type="checkbox"/>			
Protection [Oui, j'en utilise]	<input type="checkbox"/>			
15. Allergies médicamenteuses [Aucune allergie médicamenteuse connue]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		0

Examen clinique (25%)			Score : 0/18	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Aspect général [Le patient semble anxieux et en légère détresse]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen des yeux				0
Inspection des pupilles [Pupilles dilatées]	<input type="checkbox"/>			
Vérification de la réactivité [Nystagmus vertical]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen cardiovasculaire				0
Auscultation [Tachycardie ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="checkbox"/>			
Signes vitaux [FC 110, TA 140/80]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen pulmonaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [Murmures vésiculaires clairs bilatéralement]				
5. Examen abdominal				0
Palpation [Détendu, souple et indolore]	<input type="checkbox"/>			
Organomégalie [Pas d'hépto-splénomégalie]	<input type="checkbox"/>			
6. Examen neurologique - État mental				0
Orientation [Alerte et orienté × 3]	<input type="checkbox"/>			
Mémoire et concentration [Épelle à l'envers et se souvient de 3 objets]	<input type="checkbox"/>			

7. Examen neurologique - Nerfs crâniens [II-XII intacts]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
8. Examen neurologique - Moteur et réflexes			0
Force musculaire [5/5 dans tous les groupes musculaires]	<input type="checkbox"/>		
ROT [Symétriques]	<input type="checkbox"/>		
9. Examen neurologique - Marche [Normale]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Management (25%)

Score : 0/16

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic

Diagnostics différentiels à considérer

Intoxications aiguës

- **Intoxication au PCP (phencyclidine)** → Toxicologie urinaire, CK, myoglobine urinaire

Arguments POUR:

- ☐ Consommation de PCP la veille
- ☐ Hallucinations visuelles et auditives
- ☐ Délires (écritures sur le mur)
- ☐ Nystagmus vertical pathognomonique
- ☐ Tachycardie (FC 110/min)
- ☐ Hypertension (TA 140/80)
- ☐ Pupilles dilatées
- ☐ État anxieux

Mnémonique RED DANES : Rage, Érythème, Dilatation pupillaire, Délires, Amnésie, Nystagmus, Excitation, Sécheresse cutanée

Troubles psychiatriques induits

- **Psychose induite par une substance** → Toxicologie, examen psychiatrique approfondi

Arguments POUR:

- ☐ Consommation récente de drogues psychoactives
- ☐ Hallucinations plus importantes que l'intoxication simple
- ☐ Absence d'insight (n'associe pas drogue et symptômes)
- ☐ Pas d'ATCD de psychose non liée aux drogues
- ☐ Pupilles dilatées

Arguments CONTRE:

- ☐ Durée courte depuis consommation

Autres causes à considérer

- **Trouble psychotique bref** → Évaluation psychiatrique après sevrage

Arguments POUR:

- ☐ Hallucinations visuelles et auditives
- ☐ Début aigu

Arguments CONTRE:

- ☐ Consommation récente de substances (critère d'exclusion DSM-5)
- ☐ Pas de facteur de stress identifié

- **Psychose secondaire à une condition médicale** → CT cérébral si doute, bilan métabolique

Arguments POUR:

- ☐ Présentation aiguë

Arguments CONTRE:

- ☐ Jeune âge (27 ans)
- ☐ Pas d'ATCD médicaux
- ☐ Pas de signes neurologiques focaux
- ☐ Consommation de drogues évidente

- **Narcolepsie avec hallucinations** → Polysomnographie si symptômes persistent

Arguments POUR:

- ☐ Somnolence diurne
- ☐ Difficultés au réveil

Arguments CONTRE:

- ☐ Hallucinations non hypnagogiques/hypnopompiques
- ☐ Pas de cataplexie
- ☐ Contexte de consommation de drogues

- **Crise d'épilepsie partielle complexe** → EEG si récurrence sans toxiques

Arguments POUR:

- ☐ Hallucinations visuelles épisodiques
- ☐ Durée < 1 minute

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'ATCD d'épilepsie
- ☐ Conscience préservée
- ☐ Pas d'automatismes
- ☐ Contexte toxique évident

2. Examens complémentaires urgents

0

- Toxicologie urinaire (PCP, MDMA, amphétamines, cannabis, cocaïne, opiacés)
- Électrolytes, glycémie, urée, créatinine
- CK totale (rhabdomyolyse sous PCP)
- Myoglobine urinaire
- ECG (troubles du rythme sous stimulants)

☐
☐
☐
☐
☐

3. Prise en charge immédiate

0

- Environnement calme et sécurisé
- Surveillance continue des signes vitaux
- Hydratation IV si rhabdomyolyse
- Benzodiazépines si agitation (lorazépam)
- Éviter halopéridol (abaisse seuil épileptique avec PCP)

☐
☐
☐
☐
☐

4. Plan thérapeutique à long terme

☐☐☐

0

Sevrage et abstinence

- Arrêt complet des drogues illicites
- Programme de désintoxication
- Groupes de soutien (NA)
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Suivi addictologique régulier

Sevrage tabagique

- Substituts nicotiniques
- Varénicline ou bupropion
- Soutien comportemental
- Applications mobiles de suivi

Prévention des rechutes

- Identification des triggers
- Stratégies de coping
- Restructuration du mode de vie
- Changement d'environnement social
- Sport et activités saines

Suivi psychiatrique

- Évaluation après sevrage complet
- Dépistage comorbidités psychiatriques
- Psychothérapie si troubles persistants
- Médication si pathologie sous-jacente

5. Signes d'alarme à surveiller

☐☐☐

0

⚠ Red Flags - Complications potentielles du PCP

- 1. Rhabdomyolyse**
→ Myalgies, urines foncées, CK > 5× normale
- 2. Hyperthermie maligne**
→ T° > 40°C, rigidité musculaire, troubles conscience
- 3. Convulsions**
→ Benzodiazépines IV, éviter phénytoïne
- 4. Comportement violent**
→ Contention physique, sédation chimique
- 5. Insuffisance rénale aiguë**
→ Hyperhydratation, dialyse si nécessaire

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Edwards, vos symptômes pourraient être causés par votre consommation de drogues illicites, ou ils pourraient être le résultat d'un problème mental ou même d'une condition médicale. Nous allons faire quelques tests pour essayer de clarifier votre état. De plus, je vous recommande fortement d'arrêter de consommer des drogues illicites et de cesser de fumer. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Est-ce que vous pensez que quelqu'un essaie de me donner des instructions à travers les écritures que je vois sur le mur ?]

Réponse type du candidat

Je ne pense pas que quelqu'un essaie de vous donner des instructions. Si vous avez pris des drogues illicites, il est possible que ce soient les drogues qui vous fassent voir ces écritures. Dans tous les cas, nous allons faire quelques tests pour essayer de comprendre ce qui se passe.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse
0%

Examen clinique
0%

Management
0%

Communication
0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Scénario pour le patient standardisé

Nom : Jack Edwards | Âge : 27 ans
Contexte : Homme se présentant aux urgences pour hallucinations visuelles

Motif de consultation

Plainte principale : «Je vois des écritures étranges sur le mur.»
Si on demande s'il y a autre chose : «Ça a commencé hier et ça m'inquiète.»

Consignes

- Asseyez-vous sur le lit.
- Donnez l'impression que vous regardez fixement le mur.
- Paraissez anxieux et légèrement agité.
- Montrez un nystagmus vertical lors de l'examen oculaire.
- Niez faire le lien entre la drogue et vos symptômes.

Histoire actuelle

- Symptôme principal :
- Hallucinations visuelles depuis hier
 - Écritures illisibles sur le mur
 - Épisodes de moins d'une minute
 - 3-4 fois depuis hier
 - Intermittent
- Symptômes associés :
- Voix étranges associées aux écritures
 - Voix lointaines incompréhensibles
 - Parfois voit les écritures yeux fermés
 - Somnolence diurne occasionnelle
 - Difficultés matinales au réveil

- Consommation de substances :
- PCP (angel dust) hier soir
 - MDMA (ecstasy) occasionnellement
 - Tabac 1 paquet/jour depuis 6 ans
 - Pas d'alcool

- Réponse aux symptômes :
- Anxiété face aux hallucinations
 - Recherche d'explications
 - Nie le lien avec la drogue

- Représentation de la maladie :
- Pense recevoir des messages
 - Inquiet mais nie idées de référence
 - Pas d'insight sur cause toxique

Habitudes

- Médicaments : Aucun
- Tabac : 1 paquet/jour depuis 6 ans
- Alcool : Non
- Profession : Barman
- Activité sexuelle : Active avec petite amie, utilise préservatifs
- Drogues illicites : PCP et MDMA occasionnellement

Histoire médicale

- Aucun ATCD médical
- Aucun ATCD chirurgical
- Père hypertendu

Anamnèse par systèmes

Système psychiatrique :

- Pas d'ATCD psychiatriques
- Pas d'ATCD familiaux psychiatriques
- Maintient le plaisir dans activités
- Nie idées suicidaires/homicidaires

Système neurologique :

- Pas de céphalées
- Pas de troubles visuels autres
- Pas de TC
- Pas de convulsions

Général :

- Pas de fièvre
- Pas de perte de poids
- Appétit normal

Simulation

Durant l'entretien :

- Regarder fréquemment le mur
- Pointer vers des endroits vides
- Paraître distrait par moments
- Anxiété croissante si confronté

Durant le status :

- Pupilles dilatées
- Nystagmus vertical évident
- Tachycardie palpable
- Légère agitation psychomotrice

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 27 ans, barman, présentant des hallucinations visuelles et auditives 24h après consommation de PCP. Tableau typique d'intoxication au PCP avec nystagmus vertical pathognomonique, mydriase, tachycardie et HTA. Absence d'insight caractéristique. Risque de complications graves (rhabdomyolyse, convulsions, hyperthermie). Nécessite surveillance rapprochée et dépistage des complications.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e dit vouloir faire :

- Sédation : privilégier benzodiazépines, éviter neuroleptiques
- Contention : seulement si danger imminent
- Alcalémie : mentionner que l'acidification urinaire est contre-indiquée
- Dialyse : rarement nécessaire, PCP très liposoluble

Points clés

- Nystagmus vertical = quasi-pathognomonique du PCP
- RED DANES : mnémonique des signes d'intoxication
- Surveillance CK obligatoire (rhabdomyolyse)
- Éviter halopéridol (abaisse seuil épileptique)
- Environnement calme essentiel (stimuli → agitation)

Pièges

- Ne pas reconnaître le nystagmus vertical
- Oublier de doser CK/myoglobine
- Utiliser des neuroleptiques en première intention
- Ne pas hydrater si rhabdomyolyse
- Minimiser le risque de violence

Diagnostic

Intoxication aiguë au PCP avec hallucinations et risque de complications

Phencyclidine (PCP)

Anesthésique dissociatif détourné :

- Antagoniste NMDA non compétitif
- Effet dopaminergique et noradrénergique
- Demi-vie longue (7-46h)
- Très liposoluble, stockage tissulaire
- Métabolisation hépatique
- Élimination rénale pH-dépendante

Présentation clinique du PCP

Tableau dose-dépendant :

- Faible dose : euphorie, ataxie, nystagmus
- Dose modérée : hallucinations, agitation, HTA
- Forte dose : coma, convulsions, hyperthermie
- Nystagmus vertical/rotatoire pathognomonique
- Analgésie et force surhumaine possibles
- Comportement imprévisible et violent

Complications du PCP

Potentiellement mortelles :

- Rhabdomyolyse (30% des cas)
- Insuffisance rénale aiguë
- Hyperthermie maligne
- État de mal épileptique
- Hémorragie intracrânienne
- Arrêt cardiorespiratoire

Prise en charge aiguë

Approche symptomatique :

- Environnement calme, peu stimulant
- Benzodiazépines si agitation (lorazépam)
- Hydratation IV généreuse
- Surveillance continue signes vitaux
- CK sériées toutes les 6h
- Refroidissement si hyperthermie

Erreurs à éviter

Pièges thérapeutiques :

- Halopéridol : abaisse seuil épileptique
- Acidification urinaire : augmente toxicité
- Contention physique : majeure rhabdomyolyse
- Phénytoïne : inefficace sur convulsions PCP
- Sous-estimer potentiel de violence
- Sortie prématurée (rebond possible)

Diagnostic différentiel toxique

Autres substances hallucinogènes :

- LSD : hallucinations visuelles géométriques
- Psilocybine : plus introspectif, moins agité

- MDMA : empathie, bruxisme, hyperthermie
- Kétamine : dissociation mais durée courte
- Cannabis synthétique : psychose possible
- Anticholinergiques : mydriase, peau sèche

Aspects addictologiques

Prise en charge au long cours :

- Motivation au changement (entretien motivationnel)
- Identification facteurs de risque/protection
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Gestion des craving et rechutes
- Changement environnement social
- Traitement comorbidités psychiatriques

Résumé du cas clinique

Homme de 27 ans présentant une intoxication aiguë au PCP caractérisée par des hallucinations visuelles et auditives, un nystagmus vertical pathognomonique, et des signes sympathomimétiques. La prise en charge immédiate vise à prévenir les complications (rhabdomyolyse++) et assurer la sécurité. Le sevrage et la prise en charge addictologique sont essentiels pour prévenir les récives.

Conclusion

- Le nystagmus vertical oriente fortement vers le PCP
- La surveillance des complications est prioritaire
- L'approche doit être prudente (potentiel violent)
- Les benzodiazépines sont le traitement de choix
- Le suivi addictologique est indispensable
- L'éducation sur les risques est cruciale

Rappels thérapeutiques

- Lorazépam 2-4mg IV/IM si agitation
- Diazépam 10-20mg PO alternative
- Hydratation : NaCl 0.9% 200-500ml/h
- Mannitol si rhabdomyolyse sévère
- Cooling si T° > 39°C

Examens complémentaires

- Toxicologie urinaire : PCP détectable 8 jours
- CK : N < 200 UI/L, rhabdomyolyse si > 5× N
- Myoglobine urinaire : positive si rhabdomyolyse
- Ionogramme : hypoK+ fréquente
- Gaz du sang si détresse respiratoire