**Tous les matins à 9h :** réunion de l’équipe de neurologie, transmission des informations de la nuit et débrief des patients : les nouveaux patients et l’état de patients déjà présents

**Détails du service :** 11 Neurologues, chef de service Dr MINIER ; 3 internes ; Infirmiers ; Cadre de santé.

**Cadre de santé :** S’occupe des tâches administratives, renforce la cohésion entre les équipes et est en lien étroit avec le chef de service.

***Protocoles d’évaluation des fonctions cognitives :***

-  « Mini Mental State Examination » (MMSE) ou « Test Folstein » : utilisé pour le dépistage et le suivi de la démence sénile, dont notamment la maladie d'Alzheimer. Ce test est basé sur une suite de questions visant à tester l’attention et le calcul, le langage, l’orientation dans le temps et l’espace, ainsi que les capacités d’apprentissage et la mémoire

-  « Batterie rapide d’évaluation frontale » (BREF) : utilisé pour évaluer rapidement la présence ou non d’un syndrome dysexécutif cognitif et comportemental. Cela implique :

(1) une épreuve durant laquelle le patient doit expliciter les similitudes entre des objets ;

(2) une épreuve d’évocation lexicale durant laquelle le patient doit citer des mots commençant par une lettre donnée ;

(3) une séquence gestuelle durant laquelle le patient doit reproduire une séquence de mouvements de la main précédemment présentée par l’examinateur (« paume, tranche, poing ») ;

(4) une épreuve de « consigne conflictuelle » durant laquelle le patient doit frapper deux fois dans ses mains lorsque l’examinateur frappe une fois et ne pas frapper lorsque l’examinateur frappe deux fois ;

(5) une épreuve du comportement de préhension (saisir des objets avec sa main) durant lequel le patient est assis, mains sur les genoux, paumes vers le plafond, l’examinateur touche alors les paumes du patient et observe la réponse de celui-ci.

-  « National Institute of Health Stroke Score » (NIHSS ou encore NIH) : servant à évaluer le niveau de conscience des patients à la suite d’un Accident Vasculaire Cérébral ischémique (par opposition à un AVC hémorragique). Ce protocole est constitué de questions concernant la date du jour (jour, mois, année) ainsi que de consignes moteur (fermer les yeux, serrer la main de l’examinateur).

**AVC ischémique :** Accident vasculaire cérébral induit par l’obstruction d’une artère du cerveau, induisant un manque d’oxygénation du cerveau et par conséquent la mort des cellules cérébrales au niveau de la zone touchée.

**AVC hémorragique :** Hémorragie au sein d’une partie du cerveau.

**Accident Ischémique Transitoire (AIT) :** obstruction transitoire (très courte) d’une artère cérébrale, n’entraînant pas de lésion cérébrale.

Les AVC représentent la raison la plus courante et la plus grave des admissions au service de neurologie.

Les échographies cardiaques sont normalement obligatoires pour les patients en neurologie mais les cardiologues sont peu enclins à les effectuer car elles demandent du temps et sont souvent peu révélatrices.

Autres troubles rencontrés : Sclérose en plaque, Glioblastome, Maladie de Parkinson

**Sclérose en plaque (ou SEP) :** Maladie du système nerveux central qui touche le cerveau et la moelle épinière. Elle affecte la myéline (la gaine qui entoure et protège les fibres nerveuses) dont la destruction progressive ralentit la transmission des influx nerveux.

**Glioblastome :** Tumeur des cellules gliales, à progression rapide.

**Cellules gliales :** Famille de cellules spécialisées entourant les neurones, leur conférant une couche d’isolement et de protection et contribuant à la cicatrisation du tissu nerveux. Elles sont également responsables de la production de myéline, d’apporter les nutriments et l’oxygène au tissu nerveux, d’éliminer les cellules mortes et de combattre les pathogènes.

Les symptômes des AVC dépendent de la région touchée, cependant les plus courants sont :

-          Hémiplégie (paralysie d’un côté du corps)

-          Aphasie (trouble de la communication et/ou de la compréhension)

-          Dysarthrie (impossibilité à articuler de façon normale)

-          Troubles de la vision (vision floue, double)

-          Instabilité de posture, de marche, trouble de l’équilibre

***Dr. MINIER :***

Le Dr. MINIER a mis en place l’utilisation d'aiguilles atraumatiques pour les ponctions lombaires dans tous les services. Antérieurement à cela les aiguilles biseautées étaient la norme.

Suite à 2 ans d'exercice au CHU de Dijon, le Dr. MINIER exerce actuellement dans l'hôpital X (nommé la structure), et ce depuis 2003. Constitué de 2 neurologues à son arrivé, sa présence a permis une amélioration du service, d’une part quantitative grâce à la présence actuelle de 11 praticiens, et d’autre part qualitative de par l’instauration de nouveau protocoles tel que les “consultations mémoires" ainsi que la mise en place de gardes et astreintes neurologiques.

Lors de ses visites aux patients, j’ai noté sa capacité d’écoute des patients, de leurs demandes, ainsi que sa lecture de leur langage corporel.

Il n’a également pas hésité à demander l’avis d’autres neurologues du service sur certains patients, lors de réunions spécifiquement mises en place, ainsi qu’à des collègues d’autres spécialités (notamment au service d’oncologie après avoir obtenu des marqueurs d’inflammation dans les résultats d’une ponction lombaire).

C’est un passionné, il donne tout ce qu’il peut pour l’hôpital.

Il s’est retrouvé médecin « par hasard », avait initialement prévu de faire des mathématiques dans l’armée suite à un lycée militaire, étant fils de militaire. Il a passé le concours de médecine militaire et a été accepté, menant à la carrière qu’il a aujourd’hui. Il voulait se « mettre au service des gens », la médecine lui a permis cela.

Il passe beaucoup de temps à remplir des papiers (ordonnances, courriers de sortie, compte-rendu d’hospitalisation, ajustement des prescriptions, demandes d’examens).

Une journée type pour lui se décompose en :

-          Réunion de transmission des informations de la nuit, discussion de l’état des patients et de leur devenir

-          Visite de contrôle de chaque patient

-          Demandes d’examens, modifications traitements, différents courriers

***Aspect juridique :***  Le Dr. MINIER participe également à des expertises pour une assurance hospitalière, avec pour objectif de défendre ses confrères.

***Problèmes de l’hôpital :*** Problèmes informatiques, problèmes de réseau, perte de temps pour les médecins. Pas de numéro de sécurité sociale dans le dossier des patients alors que ça pourrait être utile. Attaques informatiques fréquentes contre l’hôpital : rançongiciels …

***Organisation de l’hôpital :*** Plateforme web pour :

-          La consultation des dossiers médicaux des patients (précédentes visites, état au jour le jour)

-          L’organisation des soins (prescription pendant l’hospitalisation, demandes d’examens)

-          Les courriers adressés aux autres médecins des patients (dictés via dictaphone puis tapés et envoyés par la secrétaire)

Nombreux téléphones pour joindre chaque service rapidement

***Ponction lombaire :***

La ponction lombaire est un acte qui consiste à introduire une fine aiguille entre deux vertèbres du bas du dos pour prélever du liquide céphalorachidien. Prescrit pour diagnostiquer ou pour soigner certaines maladies.

J’ai assisté à plusieurs ponctions lombaires, acte technique et pouvant être dangereux si mal réalisé.

Exemples : une ponction lombaire sur une jeune femme atteinte d’hypertension intracrânienne, lui causant des maux de tête et des problèmes de flou visuel. La PL a eu pour objectif d’évacuer une partie de son liquide céphalo-rachidien afin de faire baisser sa pression intracrânienne.

D’autres ponctions pour analyses biochimiques et aide au diagnostic.

Notamment une ponction lombaire compliquée à effectuer, sur une patiente prenant deux anticoagulants, augmentant de manière conséquente le risque d’hématome et par conséquent les autres risques liés à la ponction lombaire (céphalées, nausées…). Cette ponction a cependant été effectuée car le rapport bénéfice/risque était favorable.

***Patients rencontrés :***

Consultation en ambulatoire : Une dame dont la tête tombe en avant lorsqu’elle est fatiguée et souffrant de douleurs partant du milieu du dos et allant jusqu’au cou : « comme un torticolis ». Fort essoufflement à l’effort, lenteur dans ses activités. Cette patiente présentait un antécédent de carcinome (cancer) de l’endomètre datant de 2016 ainsi qu’une arthrose. Le Dr. Minier a évoqué une myasthénie, maladie auto-immune, se caractérise par la production d'anticorps anti-récepteur de l'acétylcholine, et lui a par conséquent proposé un traitement inhibiteur de l'acétylcholinestérase.

J’ai également rencontré pendant mon stage quelques patients atteints de « maladie du spectre des anticorps anti-MOG », une maladie auto-immune touchant le système nerveux central et connue depuis peu, notamment grâce aux tests cellulaires (ou « Cell-based assay »).

Cette maladie fait partie du spectre de la neuromyélite optique, maladie auto-immune rare démyélinisante du système nerveux central. Celle-ci détruit donc progressivement la gaine de myéline entourant les axones, empêchant ainsi les messages nerveux de se transmettre correctement.

Ces maladies n’ont pas encore de traitement à long-terme, bien qu’une corticothérapie lors des phases de poussée permette de soulager le patient. Si la corticothérapie n’a pas l’effet escompté, une thérapie par échange plasmatique peut être mis en place, dans le but de purifier le sang de ses agents toxiques.

Parkinson : Patiente atteinte de la maladie de Parkinson, dont l’état semble se dégrader de jour en jour, difficilement capable de parler et de se déplacer.

Jeune patiente ayant souffert de « torticolis », elle a pris des médicaments et a par la suite commencé à voir trouble. Deux semaines après l’arrêt des médicaments, sa vision ne s’est pas améliorée, elle décide de venir à l’hôpital et est orientée vers le service de neurologie. Son seul problème médical majeur avant cela avait été un nodule à la gorge dont la ponction n’avait rien révélé d’alarmant. Après les examens (IRM, Scanner), un œdème papillaire bilatéral est révélé, causé par une surpression intracrânienne due à un excès de liquide céphalo-rachidien. Le Dr MINIER préconise donc une ponction lombaire afin d’éliminer le surplus de LCR de son organisme, et évoque comme cause possible la surcharge pondérale de la patiente. La ponction lombaire se passe bien, l’excès de liquide céphalo rachidien est enlevé. La patiente se voir alors prescrire un médicament diminuant la production de LCR et est orientée vers une diététicienne afin de l’aider à perdre du poids dans le but d’éviter une récidive de son problème.

Patient de 74 ans, antécédent de cancer pulmonaire en 2004 avec une unique métastase cérébrale opérée suite auquel il a développé des symptômes épileptiques, est venu dans le service de neurologie suite à ce qui semblait être un AVC et pour de fortes céphalées. Un AVC ischémique a été confirmé par IRM.

Patiente d’une cinquantaine d’année s’est retrouvée en neurologie suite à un AVC hémorragique. Il lui est difficile de parler, de bouger et souffre d’une paralysie complète du côté droit du corps (hémiplégie droite), cohérent avec la zone du cerveau lésée (hémisphère gauche, contrôlant le côté droit du corps). Le Dr. MINIER a vérifié si elle présentait des troubles du langage, il a observé un manque de mots partiel ainsi qu’un léger manque de compréhension et une amputation du champ visuel. Il a été trouvé que cette patiente souffrait d’hypertension non traitée, une cause fréquente des hémorragies cérébrales. 15 jours après son AVC, une trithérapie antihypertensive est débutée pour éviter une récidive.

Demence : Un patient de 80 ans environ, atteint de démence et vivant à la campagne, ayant déjà été hospitalisé après avoir envoyé sa voiture dans un fossé, son IRM présente une atrophie globale du cerveau. Son état général est bon, il parle et comprends aisément mais souffre d’un problème de marche et d’équilibre.

Lesion cerebrale : Une patiente atteinte d’un hématome du lobe frontal régissant la socialisation, peut se montrer agressive. Elle présente une arythmie cardiaque nécessitant un traitement anticoagulant, impossible à mettre en place à cause de l’hématome cérébral.

Patient d’une quarantaine d’années, souffrant de névrite optique à anticorps anti-MOG (maladie auto-immune). Il présente de gros problèmes de vue, distingue vaguement des formes. Traité par immunosuppresseurs et corticoïdes. Il souhaite continuer à conduire malgré son état. Son état semble s’améliorer suite au traitement mais il présente des lésions du nerf optique.

Glioblastome : Patient d’une cinquantaine d’années présentant un glioblastome, cancer se développant à partir des cellules gliales servant à assurer le fonctionnement des neurones et de la conduction nerveuse, diagnostiqué en octobre 2020. La médiane de survie pour cette pathologie est de 18 mois.

Lavage de neurorecepteurs : Une patiente d’environ 70ans, dépressive chronique avec un traitement lourd par neuroleptique (Loxapac 50mg, entre autres). Elle présente un syndrome parkinsonien : akinésie (lenteur), probablement un effet secondaire de son traitement neuroleptique. Il est décidé de le réduire de moitié et de la placer sous observation. L’akinésie semble se réduire à la suite de la réduction du traitement par Loxapac.

Une patiente d’environ 70 ans, victime d’un AVC ischémique sylvien droit confirmé par IRM, souffrant de paralysie faciale, d’aphasie et d’hémiplégie gauche avec négligence (elle ne prend pas du tout en compte la partie gauche de son corps, regarde uniquement à sa droite).

Un patient d’une quarantaine d’années, présentant les symptômes d’une sclérose en plaque, notamment des troubles de la marche et des troubles visuels. Le Dr MINIER fait pratiquer une PL par un interne, la PL s’effectue difficilement. Le lendemain, le patient se plaint de céphalée intense non apaisée par du doliprane. 48 heures plus tard, les céphalées sont toujours présentes. Ces céphalées sont sûrement dues à la PL difficile. Le Dr MINIER prescrit alors un « Blood Patch » : ceci consiste en l'injection de sang prélevé directement chez le patient au niveau de l’endroit de la PL. Il s'agit du traitement le plus efficace en cas de non-guérison spontanée du syndrome post-PL dans les 48 à 72 heures.

**MÉDECINS**

• 207 Praticiens

• 14 Praticiens Attachés

• 70 Internes

**Total :** 291 médecins

**PERSONNEL HOSPITALIER**

• 1 541 Soignants et Educatifs

• 86 Médico-techniques

• 267 Administratifs

• 205Techniques et Logistiques

• 1 Contrat Aidé

**Total :** 2100 personnes

**CH William-Morey :** Nouvel hôpital de Châlons-sur-Saône, ouvert le 10 octobre 2011 après 10 ans de réflexion et de travaux.