

Cas Clinique

Rachel PESSIS

janvier 2009

ÉDITORIAL

L'Institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat du groupe de recherche SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins, et en particulier à la préparation au concours de l'Internat depuis 1982. Cette démarche repose sur deux éléments clés : une méthode de travail rigoureuse, et la consultation de documents de référence, désormais disponibles gracieusement sur internet. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis 25 années (16 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales depuis 2004) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris, Lyon, Marseille, et Lille, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

L'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate propose désormais une rubrique de cas cliniques mensuels, répondant aux objectifs pédagogiques du deuxième cycle des études médicales, et qui a pour but d'optimiser votre préparation aux Épreuves Classantes Nationales, en vous permettant de vous familiariser avec la docimologie de l'épreuve.

Nous espérons vivement que ces cas cliniques vous seront pleinement profitables et nous vous souhaitons bon courage et bonne chance !

Walid Amara, Alain Combes
et toute l'équipe pédagogique de l'Institut la Conférence Hippocrate.

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.



L'INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

ORGANISE

Deux Epreuves Classantes Nationales blanches (ECN)

**Les samedi 10 et dimanche 11 janvier 2009
Les samedi 14 et dimanche 15 mars 2009**

Ces épreuves se dérouleront simultanément à Paris
et dans les facultés de médecine suivantes :

**Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand,
Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice,
Poitiers, Reims, Rennes, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse, Tours**

- Chaque ENC blanches comportera **4 épreuves de 3 heures chacune** :
 - Samedi : 9h00 / 12h00 - 14h00 / 17h00
 - Dimanche : 9h00 / 12h00 - 14h00 / 17h00
 - 3 épreuves de 3 dossiers transversaux.
 - 1 épreuve de Lecture Critique d'Article.
 - **Corrigés détaillés** distribués aux étudiants à l'issue des épreuves.
- **Classement National** de l'ensemble des candidats sous 15 jours sur internet :
www.laconferencehippocrate.com
- **Le concours de janvier 2009** constituera l'épreuve de sélection pour le **tour de Printemps** de la Conférence Hippocrate à Paris :
 - **Tour de printemps**, en février-mars-avril (12 conférences) :
1 conférence par semaine avec 5 dossiers pluridisciplinaires et transversaux
- **Le concours de mars 2009** constituera l'épreuve de sélection pour le **tour de DCEM4** de l'Institut la Conférence Hippocrate à Paris :

Ouverture des inscriptions sur Internet en novembre 2008

Pour toute information : 01 47 07 13 46

Paris : 01 47 07 13 46

Lille : 03 20 12 06 03

Lyon : 04 78 54 21 05

Marseille : 04 91 22 69 77

DOSSIER INTERNET

Vous voyez aux urgences Monsieur P..., 64 ans. Il consulte car il n'arrive plus à uriner depuis 24 heures.

En effet, il présente des symptômes urinaires s'aggravant depuis 72 heures. Il n'a pas dormi cette nuit à cause de frissons, de céphalées et de vomissements malgré l'ibuprofène que lui a conseillé son médecin traitant en cas de fièvre. Depuis quelques jours, ses urines sont parfois rouges avec des débris de sang. Depuis 48 heures, il décrit des mictions impérieuses toutes les 10 minutes, ainsi que des brûlures mictionnelles, et il n'a maintenant pas uriné depuis 24 heures.

Il a comme antécédents une cardiomyopathie ischémique, avec un infarctus du myocarde en 2007, un diabète non insulino-dépendant depuis 20 ans, un tabagisme sevré et une obésité. Il vous dit avoir été opéré des vaisseaux des jambes il y a 6 ans pour une claudication serrée à gauche, et vous remarquez une cicatrice des deux scarpas. Il prend de la metformine, de l'aténolol, de l'aspirine et du clopidogrel, de la simvastatine et du perindopril.

Il vous indique, par ailleurs, que depuis de nombreuses années il urine une à deux fois par nuit, et que le jet est faible, avec efforts de poussée en fin de miction. Ces derniers mois, il se sent de plus en plus fatigué.

L'examen clinique note : Température : 38.7°C ; FC 70/min ; PA 100/60 mm Hg.

Vous retrouvez un globe vésical. Le toucher rectal est douloureux, avec une prostate homogène, augmentée de volume à environ 70 mL. Le reste de l'examen est sans particularité.

L'infirmière vous rappelle pour vous annoncer les résultats biologiques parvenus en urgence : Hb 11g/dL ; VGM 81 μ m³ ; Hte 32 % ; GB 22 G/L ; Créatinine 926 μ mol/L ; Urée 32 mmol/L ; Na 137 mmol/L ; K 6,2 mmol/L ; CRP 132 mg/L.

Question n° 1

Quel est votre diagnostic et sur quels arguments ?

Question n° 2

Quelle est votre prise en charge en urgence lors des premières heures ?

Question n° 3

Après une prise en charge médicale adaptée, le malade sort de l'hôpital et est adressé à votre consultation 6 mois plus tard par son médecin traitant. En effet, alors qu'il avait repris des mictions spontanées avec des urines claires (il est traité maintenant par Xatral®), il décrit de nouveaux épisodes hématuriques, avec quelques caillots de temps à autre. La NFS est normale, la créatinine est à 150 μ mol/L (contrôlée à 3 reprises) et l'ECBU est négatif. Le malade vous tend une échographie rénale et des voies urinaires qui ne retrouve qu'une hypertrophie de prostate d'allure homogène, avec une hypotonie bilatérale des cavités excrétrices.

Quelles sont vos hypothèses pour expliquer ce chiffre de créatinine (sans justifier) ?

Question n° 4

Quelles sont vos hypothèses pour expliquer cette hématurie persistante ? Quel bilan réalisez-vous en première intention ?

Question n° 5

Finalement, il est pratiqué une cystoprostatectomie avec urétérostomie cutanée transiléale de type Bricker qui est très hémorragique, et le malade est transfusé en peropératoire. A la 24e heure, vous réalisez une numération qui montre Hb 6.5g/dL. Vous décidez donc de transfuser à nouveau M. P... Rédigez la prescription de la transfusion, et décrivez son déroulement et sa surveillance.

Question n° 6

Au cours de la dernière demi-heure de la transfusion, l'infirmière vous appelle car le malade ressent une oppression thoracique, et devient dyspnéique ; la saturation a baissé à 83 % ; la tension artérielle est maintenue à 130/85 mm Hg.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques (sans justifier) ?

Quels examens complémentaires rapides et simples demandez-vous pour les explorer et quelle est votre attitude ?

Question n° 7

La radiographie de thorax est la suivante. Décrivez là et citez les deux diagnostics les plus probables. Quels arguments cliniques et paracliniques permettraient de les différencier ?



Question n° 8

Malgré tous vos bons soins, la maladie de M. P... a progressé, et il est maintenant confiné au lit par un tassement vertébral hyperalgique. Vous songez à mettre en place des soins palliatifs à domicile. Quel est l'objectif des soins palliatifs ? En quoi peuvent-ils consister ? Décrivez en quelques lignes les principes de prise en charge de la douleur.

CORRIGE DU DOSSIER

QUESTION N° 1

- **Infection urinaire parenchymateuse (= prostatite aiguë)** :.....4
 - Signes fonctionnels urinaires irritatifs (pollakiurie, brûlures mictionnelles, mictions impérieuses).
 - Fièvre et frissons.
 - Hyperleucocytose.
 - Elévation de la CRP
- **Complicquée d'une Insuffisance Rénale Aiguë**1
- **Mixte** :
 - **Obstructive** :2
 - * **car globe vésical**1
 - * **obstacle sous vésical**.....1
 - **Part fonctionnelle peu probable**.....nc

N.B. : il faudra cependant penser aux facteurs fonctionnels aggravants : AINS chez un diabétique, sepsis

- **Sur Rétention Vésicale Complète (= rétention aiguë d'urines)**.....1
- **Sur obstacle sous vésical probablement prostatique : Hypertrophie Bénigne de Prostate (= adénome de prostate)** :.....1
 - Terrain (homme de 64 ans)
 - Argument de fréquence
 - **Signes fonctionnels obstructifs anciens**1
 - **Prostate augmentée de volume et homogène**1
- **Chez un homme diabétique de 64 ans**nc

QUESTION N° 2

- **Arrêt de l'ibuprofène, des Antidiabétiques Oraux, et de l'IEC**2
- N.B.** : si oubli = zéro
- **Drainage des urines en urgence impératif**.....2
- **Par sondage vésical**1
- **Car contre-indications absolues au cathéter sus pubien** :1
 - Patient sous association d'anti-aggrégants (aspirine + clopidogrel).....1
 - **Pontage croisé probable à palper**
 - **Hématurie** (on ne peut pas éliminer un caillottage vésical qui rendrait le drainage par cathéter inefficace, et le terrain tabagique chez ce patient peut faire évoquer une tumeur de vessie associée).....1
- **Ces arguments font pencher pour un sondage même devant une infection symptomatique (après avoir pesé le rapport bénéfice-risque)**1
- **Hospitalisation en urgence à proximité d'une USI**.....1
- **Compléter le bilan** :
 - **Etiologique** :
 - * **Hémocultures**.....1
 - * **ECBU sur sonde**
 - **Retentissement** : échographie rénale à la recherche d'un retentissement sur le haut appareil
 - **Terrain** :
 - * **ECG et troponines**.....1
 - * **Hémogluco-test**1
- N.B.** : si oubli = zéro

- Traitement étiologique :
 - **Antibiothérapie IV**2
 - Bactéricide, probabiliste, après prélèvements, **visant les BGN**.....1
 - (E. Coli), par exemple C3G : ceftriaxone, Rocéphine
- Traitement symptomatique :
 - Antalgiques
 - Traitement de l'hyperkaliémie
 - Discuter l'épuration extrarénale si absence d'amélioration ou troubles cardiaques graves d'emblée
- Prévention des complications : **insuline** rapide SC1
- Surveillance

N.B. :

- La discussion concernant le mode de drainage vésical est essentielle. Classiquement, le sondage des malades atteints de prostatite aiguë est contre-indiqué car peut provoquer une aggravation du sepsis. Cependant, la multiplicité des contre-indications du cathéter sus pubien font pencher pour le sondage vésical, ce d'autant plus que dans ce cas de CAILLOT-TAGE vésical probable, le cathéter sera sans effet et retardera dangereusement la prise en charge (le caillottage est en fait stricto sensu une non-indication).
- Les aminosides sont à discuter mais leur toxicité potentielle en raison de l'insuffisance rénale aiguë ne peut faire pratiquer leur recommandation en première intention. Le cas échéant leur usage nécessite une surveillance pharmacologique stricte (pic + résiduel aminosides).

QUESTION N° 3

- Le patient présente une insuffisance rénale chronique dont les étiologies possibles (et non mutuellement exclusives) sont :
 - Néphropathie **diabétique**2
 - Néphropathie vasculaire par **sténose des artères rénales athéromateuses**1
 - Obstruction chronique sur obstacle chronique :
 - * **urétéral bilatéral**
 - * **sous vésical (Hypertrophie Bénigne de Prostate)**.....2
 - * **vésical :**
 - ◆ tumeur urothéliale.....2

QUESTION N° 4

- Hypothèses :
 - Causes **supravésicales** :1
 - * **tumeur des voies excrétrices, angiodysplasie rénale**
 - Causes **vésicales** :1
 - * **infectieuses (parasite : bilharzioze, bactérie : tuberculose)**1
 - * **lithiase**
 - * **tumeur vésicale**3
 - Causes sous-vésicales : Hypertrophie Bénigne de Prostate (diagnostic d'élimination) ou cancer de prostate.

N.B. : la présence de caillots dans les urines élimine toutes les causes néphrologiques d'hématurie, et nécessite de considérer l'hématurie comme urologique jusqu'à preuve du contraire. Une tumeur rénale symptomatique est a priori éliminée par l'échographie normale du parenchyme rénal. De toute façon, un scanner abdominal s'impose.

- Examens :
 - **Cytologie urinaire**1

- Uroscanner :2
 - * avec clichés d'Urographie IntraVeineuse à la fin de l'examen, après bonne hydratation et arrêt des antidiabétiques oraux
- Cystoscopie diagnostique :3
 - * avec biopsies d'éventuelles zones pathologiques de la muqueuse et envoi en anatomopathologie1
 - * après contrôle de la stérilité des urines et de l'hémostase
- PSA car malade âgé de plus de 50 ans, et ECBU stérile à plus de 4 mois de la prostatite.

QUESTION N° 5

- Prescription :
 - Identité du malade et du médecin, identification du service prescripteur1
 - Date et heure de la prescription, heure prévue de la transfusion1
 - Cocher urgence1
 - 2 culots globulaires isogroupes isorhésus phénotypés1
 - Joindre carte de groupe, RAI < 72h et consentement1
 - A faxer à l'Etablissement Français du Sang1
- Surveillance :
 - Contrôle ultime au lit du malade1
(vérifications de la poche, de l'identité du patient, test de Beth Vincent)
 - Médecin présent dans le service
 - Surveillance :1
 - * pouls, tension, FR, sat O2, diurèse, température, état cutané
 - Arrêt transfusion et appel du médecin si anomalies1
 - NFS de contrôle au décours1

QUESTION N° 6

- Hypothèses diagnostiques :
 - Complications de la transfusion :1
 - * Œdème pulmonaire lésionnel (non hémodynamique) post transfusionnel2
 - * Œdème Aigu Pulmonaire hémodynamique (cardiogénique) par surcharge circulatoire2
 - * hémolyse intravasculaire aiguë par incompatibilité ABO1
 - * choc endotoxinique1
 - Embolie pulmonaire de principenc
- Examens :
 - Biologie :
 - * NFS, LDH, HPT, bilirubine1
 - * gaz du sang1
 - * BNPnc
 - * hémocultures sur le patient et sur la poche1
 - Radiographie Thoraciquenc
 - ECGnc
- Attitude :
 - Arrêter immédiatement la transfusion2
 - N.B. : si oublié = zéro
 - Conserver la voie veineuse
 - Vérifier l'identité du malade et de la poche, les groupes, le résultat du test de Beth Vincent ...2
 - Oxygène nasal à haut débit1

QUESTION N° 7

- Description radiologique :
 - Syndrome alvéolo-interstitiel :1
 - * bilatéral et symétrique avec opacités floues périhilaires et bronchogramme aérien ..1

- Epaissement de la trame vasculaire et redistribution vers les sommets1
- **Cardiomégalie**1

● Diagnostics :

- **Œdème aigu du poumon hémodynamique par surcharge circulatoire chez un patient aux antécédents de cardiopathie ischémique**1
- Œdème aigu du poumon lésionnel (non hémodynamique) post transfusionnel**.....1

● Diagnostic différentiel

	OAP hémodynamique	OAP lésionnel
Terrain	• Antécédent d'insuffisance cardiaque 1	• Pas de terrain particulier
Radiographie de thorax	• Silhouette cardiaque élargie 1 • Redistribution vasculaire vers les sommets, opacités périhilaires, épanchement pleural..... nc	• Silhouette cardiaque normale, distribution vasculaire normale, œdème périphérique, pas d'épanchement pleural
Echographie cardiaque	• Augmentation de pression dans l'oreillette gauche, signes de surcharge vasculaire, +/- insuffisance ventriculaire gauche nc	
BNP	• Augmenté 1	• Normal
Test thérapeutique	• Réponse rapide aux diurétiques et aux vaso-dilatateurs 1	• Pas de réponse aux diurétiques et aux vasodilatateurs

NB : Devant un tableau clinique d'œdème aigu pulmonaire per ou post-transfusionnel immédiat (désaturation, dyspnée, râles crépitants diffus, opacités alvéolaires sur la radiographie de thorax), deux diagnostics sont possibles :

- **le TACO : Transfusion Associated Circulatory Overload, ou œdème aigu pulmonaire de surcharge circulatoire** (œdème pulmonaire de surcharge par remplissage massif)
- **le TRALI : Transfusion Related Lung Injury ou œdème pulmonaire non hémodynamique (lésionnel) post transfusionnel**, qui est un syndrome de détresse respiratoire aiguë (œdème pulmonaire inflammatoire avec lésion de la membrane alvéolo-capillaire et exsudation dans les alvéoles d'un liquide séreux)

QUESTION N° 8

● Objectifs :

- Soins actifs dans une approche globale de la personne en phase terminale d'une maladie
- Préserver la **qualité de vie et la dignité**.....1
- Accompagner le mourant et sa famille en respectant la personne et sa volonté
- Dans une approche pluridisciplinaire et globale.....1
- **Ils ne hâtent ni ne retardent le décès**1

● Plusieurs approches :

- En coordination avec :
 - * **le Médecin Traitant**.....2
 - * **une Infirmière à Domicile, et l'Assistante Sociale**
- Après entretien avec l'entourage :.....1
 - * **psychologique : écouter la souffrance morale, psychologique, et spirituelle**
 - * **confort** :.....1
 - ◆ toilette, habillage, massage
 - * **soins de supports** :.....2
 - ◆ traitement et prévention de la douleur, des nausées, de la dénutrition, de la dyspnée,

- des complications de décubitus
- Pour la douleur :
 - Connaître le **stade** exact de la maladie1
 - Evaluer :
 - ***intensité de la douleur (EVA douleur)**1
 - ***et les traitements antalgiques déjà reçus**.....1
 - Analgésie progressive par association de :
 - ***différents paliers OMS**.....1
 - ***incluant un morphinique**1
 - Privilégier la voie orale ou sous-cutanée
 - Ne pas oublier les coantalgiques
 - Anticiper la douleur par des prises à heures fixes
 - **Réévaluer** l'efficacité et la tolérance1

nc = non coté

Total..... 100 points

Référence programme Epreuves Classantes Nationales 2004 :

I-7-93 : Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. Leucocyturie.

I-10-142 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

I-11-178 : Transfusion sanguine et produits dérivés du sang : indications, complications. Hémovigilance.

I-252 : Insuffisance rénale aiguë. Anurie.

I-253 : Insuffisance rénale chronique.

II-315 : Hématurie

II-341 : Troubles de la miction.