



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 12 Cycle 3 **Stage clinique**

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation :

Date debut de stage: 18-04-2022

Date fin de stage: 15-05-2022

Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim

27-05-2022

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS ETUDIANT |
|--|--|
| PATIENT : Cas clinique ictere | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim |
| IDENTIFIANT PATIENT : | Etablissement : Faculté de Médecine Générale |
| INTITULE DOSSIER : Cas clinique ictere | Formation : Médecine Générale |

| CATEGORIE | ENCADRANTS | STATUT |
|---------------------|------------|--------|
| RUBRIQUE : Clinique | | |
| TYPE : CAS D'ETUDE | | |

Présentation

Cas clinique:

Fils de Hind J1, Grossesse non suivie, Mère G3PO deux accouchements

prématurés à 32 et 26 SA, Anamnèse infectieuse : RPM à 35SA de 16h

Apgar10/10/10 .

Examen : Poids 1900g, légère hypotonie axiale. Sub-ictère sur fond de pâleur.

1.

Quels autres éléments anamnestiques

recherchez vous?

7

Que pensez vous du poids du bébé?

3.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

4

Quel bilan vous demandez?

5.

Réclamer les résultats du bilan et interprétez

les

6

Quelle sera votre prise en charge?

7.

Quelles sont les complications à craindre?

8.

quels sont les moyens de prévention?

CHARE

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | | INFORMATIONS ETUDIANT | |
|--|--|--|--------|
| PATIENT : Bebe de Ilham Skari | | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim | |
| IDENTIFIANT PATIENT : | | Etablissement : Faculté de Médecine Générale | |
| INTITULE DOSSIER : Bebe de Ilham Skari Bebe de Ilham Skari | | Formation : Médecine Générale | |
| CATEGORIE | | ENCADRANTS | STATUT |
| RUBRIQUE : Clinique | | | |
| TYPE : OBSERVATION PATIENT | | | |

Présentation

Identité :

Il s'agit du bébé de Mme. Skari Ilham, nouveau né agé de 13jours, 2ème d'une fraterie de 2, originaire et habitant a Rabat.

Motif d'hospitalisation : Ictère néonatal

Antécédents :

Familiaux :

Mère : âgée de 32ans, fonctionnaire, sans antécédents particulier, G3P2 (1Fausse couche), A+

Père : âgé de 34ans, fonctionnaire, sans antécédents particulier, B+

Consanguinité : Absente

Fraterie bien portante

Pas de malformations familiales

Pas de cas similaires

Personnels :

Grossesse:

- Grossesse: Bien suivie sans complications (Echographie et sérologie)

- Pas de prise médicamenteuse

- Anamnèse infectieuse négative

- Risque d'accouchement prématuré a la 30 S.A

- Mise sous : Corticothérapie et tocolyse

Accouchement:

- Accouchement: Par voie basse

- Liquide amniotique d'aspect normal

Etat a la naissance:

- Issu d'une grossesse bien suivie, prématuré a 35 S.A

- Bonne adaptation a la vie extra-utérine

APGAR 7 (1mn) 10 (5mn)

- Trophicité

Poids à la naissance : 2.3kg (Eutrophe)

Taille à la naissance : Non connu

Périmètre crânien à la naissance : Non connu

- Détresse respiratoire a la naissance

- Mis sous : Triaxon 230mg/24h + Genta 7mg/24h puis Tobrex

- Alimentation : Gavage au lait

- Groupage sanguin : Non connu

- Allergie : Pas d'allergie

- Statut vaccinal : a jour selon le PNI

- Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte il y'a 1jour par l'apparition d'un ictère généralisé, avec un méconium et des urines d'aspect normal.

Examen clinique du 4/5/2022

Examen général :

- Ictère général sur fond rose

- Bon état général

- Conjonctives normocolorées

- Pas de syndrome dysmorphique

Trophicité :

-Poids : 2.3kg (Normal)

-Taille : Non prise

Constantes

-Fréquence cardiaque : 136 Bpm (Normocarde)

-Fréquence respiratoire : 37 Cycles/min (Eupnéique)

-SpO2 : 100% a AA

-Température : 37 degré

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Météorisme

Pas d'Ombilic déplié

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Toucher rectal : non réaliser

Orifices herniaires : les orifices herniaires inguinaux, cruraux, ombilicaux et de la ligne blanche sont libres

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Absence d'Hippocratisme digital

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,

- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

Palpation :

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,

- Signe de Harzer négative

Auscultation :

B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,

Absence de souffles, absence de bruit surajouté, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédieux, tibiaux) symétriques et bien perçus

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, état cutané normale

Palpation : Toutes les aires ganglionnaires sont libres

Ganglions cervicales : pré tragal, sous mentonnier, retro mandibulaire, sous maxillaire, jugulaire, parotidien, spinal, cervical

Ganglions sus claviculaires

Ganglions axillaires

Ganglions épitrochléens

Ganglions inguinaux

Examen des organes génitaux externes :

Testicules en places

Phimosi physiologique

Pas de grosses bourses

Méat urétral en place

Examen neurologique :

Comportement global : normale

- Tonus actif et passif : normale
- Motricité spontanée : normale
- Réflexes archaïques :
 - Le réflexe des points cardinaux : présents
 - Le réflexe de la succion déglutition : présent
 - Le réflexe de Moro : présent
 - Le réflexe d'agrippement des doigts ou Grasping : présent

- Le réflexe d'allongement croisé des membres inférieurs : présent
- Le réflexe de la marche automatique : présent

Conclusion :

Il s'agit d'un nouveau né prématuré (35 S.A) de sexe masculin, dont la mère a été mise sous corticoides et tocolyse depuis la 30 S.A pour risque de prématurité, le nouveau né a pour antécédent une détresse respiratoire néonatale ayant nécessité un séjour en réanimation, et qui a pour motif de consultation un ictère chez qui l'examen clinique retrouve un ictère général sur fond rose .

Hypotheses diagnostic :

Ictère tardif

- Infection néonatale
- Hypothyroïdie congénitale
- Hémolytique

Examens complémentaires a demander :

- Biologique:

NFS + Réticulocytes

Bilirubinémie totale, directe et indirecte

CRP

- Radiologique:

Radiographie thoracique

Résultats :

Bilirubinomètre transcutané : 13.9 mg /dl (Taux normal)

CRP : 0.3 mg /L

Gazométrie : (sang veineux du cordon)

- pH 7.220
- PCO2: 59,7 mmHg
- PO2 225 mmhg
- HCO3 : 24.4 mmol

Radiographie thoracique : Normale

Diagnostic retenu : Ictère physiologique

PEC:

Surveillance

Evolution :

Bonne évolution clinique, disparition de l'ictère

Sortie le 07/5.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS ETUDIANT |
|---------------------------------------|--|
| PATIENT : Othmane Abdellaoui | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim |
| IDENTIFIANT PATIENT : | Etablissement : Faculté de Médecine Générale |
| INTITULE DOSSIER : Othmane Abdellaoui | Formation : Médecine Générale |

| CATEGORIE | ENCADRANTS | STATUT |
|----------------------------|------------|--------|
| RUBRIQUE : Clinique | | |
| TYPE : OBSERVATION PATIENT | | |

Présentation

Identité :

Il s'agit de Othman Abdellaoui, enfant âgé de 15ans, originaire et habitant a Rabat, assuré par FAR.

Motif de consultation : Perte de conscience

Antécédents :

Familiaux :

Mère : âgée de 36ans, femme au foyer, sans antécédents particulier, pas habitude toxique, A+.

Père : âgé de 40ans, fonctionnaire, sans antécédents, B+.

Consanguinité : Absente

Pas de malformations familiales

Pas de cas similaires

Personnels :

Médicaux

- Episode d'amaurose fugace (2 mois)

- Myoclonie + mouvements oculaires de l'hémiface gauche de résolution spontané (2mois)

- Bonne évolution staturo-pondérale

- Bon développement psychomoteur

- Scolarisation: Dernière année collège

- Allergie : Aucune

Antécédents

Chirurgicaux : Aucun

- Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remonte à 2 jours par l'installation brutale d'une ataxie accompagné de trouble de l'équilibre et de la coordination associés à une léthargie, des céphalées et un épisode de vomissement matinal type alimentaire. Pas de signes urinaires fonctionnels, pas de troubles du transit. Le tout évoluant dans un contexte apyrétique

avec altération de l'état général.

- Examen clinique :

A l'admission :

Examen général :

Score de Glasgow: 14/15

Etat hémodynamique :

Fréquence cardiaque: 80 Bpm

Fréquence respiratoire: 16 Cycles/min

SpO2: 96% a AA

Temperature: 37degré

Tension artérielle: 120/90 mmhg

Poids: 63kg

Examen neurologique:

L'examen de la marche : Marche ébrieuse

L'examen de la station debout : écartement des deux membres supérieurs, avec élargissement du polygone de sustentation

L'examen de la force musculaire : Hémiparésie gauche

Force musculaire globale : le patient tient le Barré et le Mingazzini.

Force segmentaire : conservée dans tout le corps

L'examen du tonus musculaire est normal

L'examen des réflexes ostéotendineux :

-Le réflexe cutané plantaire le signe de Babinski est négatif

-L'examen de la sensibilité algique est sans particularité

-L'examen de la coordination des mouvements : hypermétrie lors de la manœuvre doigt / nez au MS droit

-Reflexe rotulien gauche diffus et croisé au niveau du membre inférieur droit et hyperréflexie au niveau du membre controlatérale.

L'examen des nerfs crâniens :

-Nerf I : pas de troubles de l'odorat

-Nerf II : il n'y a pas d'atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuité visuelle

-Nerf III, IV, VI :

Le patient présente un ptosis

Reflexe photo-moteur paresseux mais présent

Poursuite oculaire limité au niveau du côté droit.

-Nerf V : le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

-Nerf VII : Le visage du patient est asymétrique, il présente une paralysie faciale au niveau du tiers inférieur de la face.

-Nerf VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdité, pas de vertiges ou de déviation de l'index (les yeux fermés)

-Nerf IX : Le réflexe nauséeux est présent, il n'y a pas de gêne dans la déglutition.

-Nerf X : difficile à évaluer

-Nerf XI : Le patient élève et abaisse les épaules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tête

-Nerf XII : Le patient a une motricité normale de la langue

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, pas de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Météorisme

Pas d'Ombilic déplié

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Toucher rectal : non réaliser

Orifices herniaires : les orifices herniaires inguinaux, cruraux, ombilicaux et de la ligne blanche sont libres

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,

- Pas d'angiomes stellaires

- Pas de cicatrices,

- Pas de turgescence des veines jugulaires,

- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

Palpation :

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,

- Signe de Harzer négative

Auscultation :

B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,

Absence de souffles, absence de bruit surajouté, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédieux, tibiaux) symétriques et bien perçus

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire

- Absence d'Hippocratisme digital

Palpation :

Vibrations vocales bien perçues au niveau des deux champs pulmonaires

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Perçues au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, état cutané normale

Palpation : Tout les aires ganglionnaires sont libres

Ganglions cervicales : pré tragal, sous mentonnier, retro mandibulaire, sous maxillaire, jugulaire, parotidien, spinal, cervical

Ganglions sus claviculaires

Ganglions axillaires

Ganglions épitrochléens

Ganglions inguinaux

Examen des organes génitaux

Inspection :

Absence de globe vésical

Pas d'anomalie de différenciation sexuelle (Testicules en place)

Score de Tanner : 5

Conclusion :

Il s'agit d'un enfant, âgé de 15 ans, qui a pour motif d'hospitalisation des troubles de conscience, ayant comme antécédant une amaurose, des myoclonies oculaires, et chez qui l'examen clinique retrouve un syndrome d'irritation pyramidale, un syndrome d'HTIC ainsi qu'un syndrome cérébelleux, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

Hypotheses diagnostique :

-Cérébellite

-AVC ischémique

-Tumeur de la fosse cérébrale postérieur

-Maladie inflammatoire

-Homocystinurie

-Maladie de Wilson

Examens complémentaires a demander:

-Biologique:

NFS

CRP

Panel virale

Ionogramme

Ponction lombaire

-Radiologique:

TDM Cérébrale

Résultats :

Biologique

NFS :

Hb : 13,1 g/dl ; VGM : 80,9 ; TCMH : 28,10 pg ; CCMH : 32,7 g/dl;

Gb : 7522 /ul (Normal),

PNN: 5733 (Normal).

Lymphocytes : 1149 /mm3 ;

Monocytes : 545 /mm3,

Plaquettes : 113 000/ul

Bilan inflammatoire :

CRP : 8,9 mg/l

Procalcitonine: Normal

Bilan rénale :

Urée : 0,28 g/l ; Créatinine : 7,46 mg/l.

Ionogramme :

Sodium : 136 mmol/l ; Potassium : 4,9 mmol/l ; Chlorures : 104 mmol/l ;

Réserve Alcaline 24.1 mmol/l.

Protéines : 73 g/l, Calcium :103 mg/l.

Glycémie :1,07 g/l.

Ponction lombaire : Normale

Panel viral :

SARS-Cov 2 positif

Adenovirus positif

Radiologique

IRM cérébrale :

-Des hypersignaux au niveaux cérébelleux des deux cotés sur la séquence FLAIR

-Effet de masse exercé sur le mésencéphale dû à l'œdème péri-lésionnel.

-Lacunes au niveau des 2 hémisphères cérébelleuses.

Diagnostic retenu : AVCI

PEC et evolution :

Recherche d'Ac Anti-Q1B

Corticothérapie pendant 10 jours

Réévaluer

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | | INFORMATIONS ETUDIANT | |
|--------------------------------|---------------------|--|--------|
| PATIENT : Yahya Chaar | | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim | |
| IDENTIFIANT PATIENT : | | Etablissement : Faculté de Médecine Générale | |
| INTITULE DOSSIER : Yahya Chaar | | Formation : Médecine Générale | |
| CATEGORIE | | ENCADRANTS | STATUT |
| RUBRIQUE : | Clinique | | |
| TYPE : | OBSERVATION PATIENT | | |

Présentation

Identité :

Il s'agit de Yahya Chaar, nourrisson âgé de 14mois, 2ème d'une fraterie de 2, originaire de Fes et habitant a Benslimane, assuré par FAR.

Motif de consultation : Convulsion fébrile

Antécédents :

Familiaux :

Mère : âgée de 33ans, fonctionnaire, sans antécédents particulier, G2P2.

Père : âgé de 38ans, fonctionnaire, sans antécédents particulier.

Consanguinité : Absente

Soeur bien portante

Pas de malformations familiales

Pas de cas similaires

Personnels :

Grossesse:

- Grossesse: Bien suivie sans complications (Echographie et sérologie)
- Pas de prise médicamenteuse
- Anamnèse infectieuse négative

Accouchement:

- Accouchement: Par voie basse
- Liquide amniotique d'aspect normal

Etat a la naissance:

- Issu d'une grossesse bien suivie, a terme
- Bonne adaptation a la vie extra-utérine

APGAR >8

- Trophicité

Poids à la naissance : Non connu

Taille à la naissance : Non connu

Périmètre crânien à la naissance : Non connu

- Alimentation : Allaitement maternel exclusif, diversification à 5 mois

- Développement psychomoteur

La parole et la marche ne sont pas encore acquis

- Bonne évolution de la courbe de croissance

- Groupage sanguin : Non connu

- Allergie : Pas d'allergie

- Statut vaccinal : à jour selon le PNI

Antécédents

Médicaux :

Infection néonatale mise sous antibiothérapie I.V pendant 10 jours

Chirurgicaux : Aucun

- Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte à la veille par l'apparition brutale d'une fièvre non chiffrée, accompagnée d'une rhinorrhée antérieure verdâtre ainsi que deux épisodes de convulsions toniques avec un interval de quelques heures, les parents ne rapportent pas la notion de troubles digestifs.

Examen général :

- Bonne orientation temporelle et spatiale

- Bon état général

- Conjonctives normocolorées

- Pas de syndrome dysmorphique

Trophicité :

- Poids : 8kg (-2 D.S)

- Taille : 74cm (-1 D.S)

Constantes

- Fréquence cardiaque : 117 Bpm (Normocarde)

- Fréquence respiratoire : 37 Cycles/min (Eupnéique)

- Température : 38 degré

Examen neurologique :

L'examen de la marche :

Le patient ne marche pas

L'examen du tonus musculaire est présent

Légère hypotonie généralisée

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Météorisme

Pas d'Ombilic déplié

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Toucher rectal : non réalisé

Orifices herniaires : les orifices herniaires inguinaux, cruraux, ombilicaux et de la ligne blanche sont libres

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire

- Absence d'Hippocratisme digital

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

Palpation :

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négative

Auscultation :

B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
Absence de souffles, absence de bruit surajouté, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédieux, tibiaux) symétriques et bien perçus

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, état cutané normale

Palpation : Toutes les aires ganglionnaires sont libres

Ganglions cervicales : pré tragal, sous mentonnier, retro mandibulaire, sous maxillaire, jugulaire, parotidien, spinal, cervical

Ganglions sus claviculaires

Ganglions axillaires

Ganglions épitrochléens

Ganglions inguinaux

Examen ORL :

Inspection : Normal

Examen des organes génitaux externes :

Testicules en places

Pas de grosses bourses

Méat urétral en place

Conclusion :

Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin âgé de 14 mois, ayant pour antécédent une infection néonatale traitée par antibiothérapie I.V, et qui a pour motif de consultation des convulsions accompagnée d'une fièvre non chiffrée, de rhinorrhée antérieure verdatre chez qui l'examen clinique retrouve a l'admission un patient fébrile a 38degré avec légère hypotonie générale.

Hypotheses diagnostic :

Infections

- Urinaires

- Méningée

- ORL

Epilepsie

Examens complementaires a demander :

- Biologique:

NFS

CRP

ECBU

PL

Procalcitonine

- Radiologique:

Scanner cérébral

Résultats :

Biologique :

NFS : Normal

CRP : 35.5 mg/l (Elevée)

ECBU : Négatif

PL : Protéines (0.4 g/l, GB <3)

Diagnostic retenu : Convulsion fébrile

PEC:

Hospitalisation

Valium 0.5 mg/kg I.R

Gardenal 200 mg

Antibiothérapie

Evolution :

Bonne évolution clinique, disparition de la fièvre et de l'hypotonie

Absence d'épisodes de convulsion

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS ETUDIANT |
|---------------------------------|--|
| PATIENT : Wiam Bounnit | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim |
| IDENTIFIANT PATIENT : | Etablissement : Faculté de Médecine Générale |
| INTITULE DOSSIER : Wiam Bounnit | Formation : Médecine Générale |

| CATEGORIE | ENCADRANTS | STATUT |
|----------------------------|------------|--------|
| RUBRIQUE : Clinique | | |
| TYPE : OBSERVATION PATIENT | | |

Présentation

Identité :

Il s'agit de Wiam Bounnit, enfant agé de 7ans, premier d'une fraterie de 2, originaire de Laayoun, assuré par la CNOPS.

Motif d'hospitalisation : Fièvre prolongée

Antécédents :

Familiaux :

Mère : âgée de 29ans, sans antécédents particulier, G2P2.

Père : agé de 39ans, sans antécédents particulier.

Consanguinité : Absent

Pas de malformations familiales

Pas de cas similaires

Personnels :

Grossesse:

- Grossesse: Bien suivie sans complications (Echographie et sérologie)
- Pas de prise médicamenteuse
- Anamnèse infectieuse négative

Accouchement:

- Accouchement: Par voie basse

Etat a la naissance:

- Issu d'une grossesse bien suivie, a terme
- Bonne adaptation a la vie extra-utérine
- Alimentation : Allaitement maternel exclusif pendant 1mois puis artificiel, diversification a 5mois
- Allergie : Pas d'allergie
- Statut vaccinal : a jour selon le PNI

- Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte il y'a 2semaines par l'apparition d'une fièvre chiffrée a 40degré persistante rebelle a la prise d'antipyrétique, accompagnée d'une angine, conjonctivite bilatérale, chéilite, éruptions maculopapuleuses a début au niveau du membre inférieure puis aux membre supérieure, tronc puis le reste, des adénopathies bilatérales cervicales supérieures a 1cm, toux grasse et odynophagie, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général (Perte de 5kg en 1semaine)

Examen clinique (A l'admission)

- Eruption cutanée
- Cheilite
- Conjonctivite bilatérale
- Adénopathies bilatérales cervicales
- Fièvre a 39degré

Examen clinique

Examen général :

- Etat cutané normal
- Bon état général
- Conjonctives normocolorées
- Pas de syndrome dysmorphique

Trophicité

-Poids : 12.1kg (Normal)

Constantes

- Fréquence cardiaque : 130 Bpm (Normocarde)
- Fréquence respiratoire : 35 Cycles/min (Eupnéique)
- Tension artérielle : 101/70 mmhg
- SpO2 : 98% a AA
- Température : 37 degré

Examen ORL :

Inspection:

Cavité buccale normale

Amygdales de tailles normale

Tympanes propres

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Météorisme

Pas d'Ombilic déplié

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Toucher rectal : non réaliser

Orifices herniaires : les orifices herniaires inguinaux, cruraux, ombilicaux et de la ligne blanche sont libres

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Absence d'Hippocratisme digital

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche),

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,
- Pas d'angiomes stellaires

- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

Palpation :

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négative

Auscultation :

B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,

Absence de souffles, absence de bruit surajouté, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitiaux, fémoraux, poplités, pédieux, tibiaux) symétriques et bien perçus

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, état cutané normale

Palpation : Toutes les aires ganglionnaires sont libres

Ganglions cervicales : pré tragal, sous mentonnier, retro mandibulaire, sous maxillaire, jugulaire, parotidien, spinal, cervical

Ganglions sus claviculaires

Ganglions axillaires

Ganglions épitrochléens

Ganglions inguinaux

Conclusion :

Il s'agit d'un enfant de 7ans de sexe féminin, qui consulte pour une fièvre prolongée pendant plus de 2 semaines chiffrée à 40 degré persistante rebelle à la prise d'antipyrétique, accompagnée d'une angine, conjonctivite bilatérale, chéilite, éruptions maculopapuleuses à début au niveau du membre inférieure puis aux membre supérieure, tronc puis le reste, des adénopathies bilatérales cervicales supérieures à 1cm, toux grasse et odynophagie, chez qui l'examen clinique à l'admission retrouve une fièvre à 39 degré, éruption cutanée, cheilite, adénopathies, conjonctivite, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général (Perte de 5kg en 1 semaine)

Hypotheses diagnostic :

- Maladie de Kawasaki

Pour : Fièvre élevée rebelle prolongée >5jrs, conjonctivite bilatérale, éruption cutanée au niveau des membres et du tronc, adénopathies supérieures à 1.5cm, cheilite.

- Rougeole

Pour : Fièvre 39-40, persistante, éruption non prurigineuse

Contre : Début retro-auriculaire, , taches endobuccales de Koplick

- Roseole

Pour : Fièvre importante, macules au niveau tronc et des membres avec respect de la face

Contre : Chute brutale de la fièvre après 4-5jrs, suivi d'une éruption qui ne dure pas plus de 48h

- Scarlatine

Pour : Fièvre élevée brutale, angine, éruption au niveau du tronc, membres et plis

- PIMS

Examens complémentaires à demander :

- Biologique

NFS

CRP

VS

Ionogramme

-> Recherche de troubles hydro-electrolytique, notamment hyponatrémie (Maladie de Kawasaki)

ECBU

- Radiologique

Echographie cardiaque

-> Atteinte coronaire possible pour la Maladie de Kawasaki

Résultats :

Biologique

- NFS :

Hb : 10,9 g/l (Normal)

GB : 20 070u/l (élevé)

PNN : 13300 mm³ (élevée)

Lymphocytes : 5011/mm³ (normal)

-Ferritine : 543 ng/ml

-Sérologie covid, d-dimère, fibrinogène

-ECBU

-VS : 103mm (élevée) CRP : 152,5 mg/l (élevée)

-Procalcitonine : 4,43 ng/l

Radiologique

-Radiographie thoracique : opacité de contours flous para hilaires droite , élargissement de la silhouette cardiaque , absence d'épanchement pleural

-ETT : discret décollement péricardique , dilatation de la coronaire gauche 4mm

-ECG

-Culture de la gorge

Diagnostic retenu : Maladie de Kawasaki

Traitement:

-Hospitalisation

-Mise sous immunoglobulines intraveineuses (2g/kg sur 4 jours) et bolus de solumédrol.

-Nécessité de recours à un inotrope positif (mauvaise contractilité cardiaque),

Evolution:

Transférée de la réanimation pédiatrique le 25/01/2022 après amélioration clinique.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | | INFORMATIONS ETUDIANT | |
|---|--|--|--------|
| PATIENT : Nouveau né de sexe féminin | | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim | |
| IDENTIFIANT PATIENT : | | Etablissement : Faculté de Médecine Générale | |
| INTITULE DOSSIER : Nouveau né de sexe féminin | | Formation : Médecine Générale | |
| Nouveau né de sexe Féminin | | | |
| CATEGORIE | | ENCADRANTS | STATUT |
| RUBRIQUE : Clinique | | | |
| TYPE : OBSERVATION PATIENT | | | |

Présentation

Identité:

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin né le 18/04/2022, 2ème d'une fraterie de 2, habitant et originaire de Temara, mutualiste.

Motif: Examen systématique du nouveau né

Antécédents :

Familiaux :

Mère : âgée de 33 ans , ayant comme antécédent un accouchement par césarienne en 2017, pas d'habitude toxique, G2P2E2, groupage sanguin O+

Père : âgé de 34ans, fonctionnaire, sans antécédents particuliers, groupage sanguin O+

Consanguinité : Absente.

Pas de malformations familiales

Personnels :

Grossesse :

- Déroutement de la grossesse : Bien suivi (Echographie et sérologie positive a la Rubéole)
- Complications : Hypertension artérielle depuis la 12e SA avec suivi echographique toute les 15jours
- Pas d'exposition toxique
- Mise sous : Loxen, Aldomet (Depuis la 12 SA)
- Antécédent d'infection urinaire haute a Echerichia coli traitée (3ème trimestre)

Accouchement :

- A terme (38 SA)
- Par césarienne à but prophylactique
- Liquide amniotique d'aspect normal (clair)

État du nouveau-né :

- Bonne adaptation à la vie extra-utérine

Score APGAR : 8 (1mn), 10 (5mn)

- Trophicité

Poids à la naissance : 3200g (Normal)

Taille à la naissance : 48cm (Normal)

Périmètre crânien à la naissance : 35cm (Normal)

- A terme

- Soins et administration de la vit K et collyre

- Pas de malformations

Alimentation : Allaitement artificiel exclusif

Allergie : Aucune

Groupe sanguin : O+

Statut vaccinal : à jour selon le PNI

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux : Aucun

Prise médicamenteuse : Aucune

Histoire de la maladie: Examen systématique du nouveau né

Examen physique :

- Aspect et état général :

Constantes :

Poids : 3200g

Taille : 48cm

PC : 35cm

Bon état hémodynamique

- Aspect cutané :

Rose

Ictère facial visible après pression

Pas de marbrures

- Examen de la tête et du cou :

Face :

Normale pas de paralysie ni de dysmorphie visible

Oreille :

Normalement implantées

Yeux :

Pas d'anomalies oculaires

Crâne :

Pas de bosse sérosanguine ni de céphalématome

Pas de chevauchement des sutures

Les fontanelles antérieures et postérieures sont palpables

Fontanelle antérieure étroite

Squelette et appareil locomoteur :

Pas de fracture des clavicules perçus à la palpation

Pas de luxation congénitale de la hanche

Cloison nasale médiane sans déviation

- Examen cardiovasculaire :

Inspection: pas de cyanose, ni d'hippocratisme digital, pas de turgescence spontanée des Jugulaires

Palpation: Choc de pointe en place, pouls fémoraux perçus de manière bilatérale, sans hyperpulsatilité

Auscultation: B1 et B2 bien perçus, pas de souffles ni de bruits surajoutés.

- Examen respiratoire :

Inspection: Aspect du thorax normal et symétrique, pas de tirage, pas de cicatrices.

Percussion: Sonorité normale

Auscultation: Murmures vésiculaires bien perçus, pas de rales

- Examen abdominal :

Inspection: abdomen symétrique, pas de voussure, ni de cicatrice

Palpation: Abdomen souple, pas de masse, pas d'HSMG, absence de contact lombaire, orifices herniaires sont libres.

Auscultation: les bruits hydro-aériques sont présents

- Examen des organes génito-externes :

Nouveau-né de sexe féminin, pas d'anomalie de la différenciation sexuelle

- Examen du rachis :

Pas d'anomalies du rachis

- Examen neurologique :

Tonus actif et passif : normale

Motricité spontanée : normale

Reflexes archaïques :

- Le réflexe des points cardinaux : présents
- Le réflexe de la succion déglutition : présent
- Le réflexe de Moro : présent
- Le réflexe d'agrippement des doigts ou Grasping : présent
- Le réflexe d'allongement croisé des membres inférieurs
- Le réflexe de la marche automatique : présent

- Evaluation de la maturité :

-Critères morphologiques (Score de Farr) : Aspect de la peau, oreilles, organes génitaux externes, taille des mamellons, plis plantaires normaux.

-Critères neurologiques : Examen du tonus passif et actif, et des automatismes sont normaux.

- Recherche des malformations congénitales :

-L'atrésie des choanes et de l'œsophage : absents

-Imperforation anale : absent

-Aspect des organes génitaux : physiologique

-Pas de luxation congénitale des hanches : vérifiée par les deux manœuvres d'Ortolani et de Barlow.

Conclusion:

Il s'agit d'un nouveau né de sexe féminin, dont la mère présente des antécédents d'hypertension artérielle gravidique à partir de la 12 S.A, d'infection urinaire haute lors du 3ème trimestre, et d'une sérologie positive à la rubéole, et chez qui l'examen à la naissance retrouve une fontanelle antérieure étroite ainsi qu'un ictère à localisation faciale.

Diagnostics à évoquer:

Ictère précoce (<24h)

- Infection materno-foetale

Pour : Infection urinaire lors du 3ème trimestre

Contre: Absence de fièvre et d'autres signes orientateurs (Déresse respiratoire ...), liquide amniotique d'aspect normal, pas de rupture prématurée ni prolongée des membranes...

- Polyglobulie physiologique

- Déficit congénital en glucuronyl-transférase

- Ictère physiologique

Pour : De faible intensité, symptomatologie pauvre

Examens complémentaires à demander: (1ère intention)

NFS + Réticulocytes

Bilirubinémie totale, directe et indirecte

CRP (Après 72h)

Résultats:

Le patient n'as pas bénéficier d'examens complémentaire

Diagnostic retenu: Ictère physiologique

Prise en charge:

Abstention thérapeutique

Surveillance

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS ETUDIANT |
|---------------------------------|--|
| PATIENT : Chaimae DIDI | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim |
| IDENTIFIANT PATIENT : | Etablissement : Faculté de Médecine Générale |
| INTITULE DOSSIER : Chaimae DIDI | Formation : Médecine Générale |

| CATEGORIE | ENCADRANTS | STATUT |
|----------------------------|------------|--------|
| RUBRIQUE : Clinique | | |
| TYPE : OBSERVATION PATIENT | | |

Présentation

Il s'agit de Sheima DIDI âgée de 16 ans, habite et originaire de la Mauritanie, 2ème d'une fratrie de 4, non mutualiste.

II. MOTIF D'HOSPITALISATION :

Hospitalisée pour amaigrissement.

III. ANTÉCÉDENTS :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Mère :

- Âgée de 45 ans
- Profession : économiste
- Groupage sanguin : non documenté
- Degré de parité et gestation : G4 P4
- IVG ou fausse couche : pas de notion d'avortement
- Pas d'antécédents particuliers.
- Pas de diabète gestationnel ou d'HTA gravidique.
- Pas d'habitudes toxiques.
- Pas de prise médicamenteuse ou de prise de plantes médicinales durant la grossesse.

Père :

- Âgé de 50 ans
- Profession : consultant
- Pas d'antécédents particuliers.
- Pas de notion de consanguinité.
- Pas de cas similaires chez la fratrie.
- Pas de maladie chronique ou génétique connue dans la famille.

- Pas de maladie contagieuse.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Antécédents périnataux :

Grossesse bien suivie, sans anomalies.

Accouchement par voie basse à terme, eutocique.

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Ménarche à 12 ans avec cycles réguliers.

Pas d'hospitalisations.

Pas d'interventions chirurgicales.

Allergie : pas de terrain atopique.

Vaccination : à jour sur le carnet de santé.

Groupe sanguin : non documenté.

IV. HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début de la symptomatologie commence y'a 1 an par une prise de poids légère de 2 kg (de 40 à 42 Kg) , ce qui a motivé la jeune fille à surveiller son poids régulièrement et à retrouver son poids initial en suivant un régime (bol de céréale + pomme + eau pour toute la journée) et en faisant du sport. L'aggravation de son état s'est marquée par une anorexie et une chute pondérale de 11 kg en 8 mois, avec une installation de vertiges ,pertes et de conscience fréquentes, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie, et d'altération de l'état général.

V. EXAMEN CLINIQUE :

EXAMEN GÉNÉRAL :

Patiente consciente, calme et réactive.

Température : apyrétique a 36,9 °C.

Tension artérielle : normo tendue a 105/60 mmHg.

Fréquence respiratoire : eupnéique a 16 cycles par minute.

Fréquence cardiaque : 83 bpm.(normal)

Saturation : 98% à l'air ambiant

Poids : 33 kg (-0.7 DS)

Taille : 1m66 (-2 DS)

IMC= 12.18 : insuffisance pondérale critique

Examen cutanéomuqueux et signes de déshydratation :

- Pâleur

- pas de sécheresse cutanée
- pas de plis cutanés
- pas de yeux creux
- pas d'anomalies cutanées particulières

Examen de l'aire thyroïdienne :

- Inspection : pas de cicatrice, de tuméfaction cervicale médiane ascensionnant à la déglutition, de CVC, de flush
- Palpation : pas de goitre homogène ni de nodule thyroïdien, ni de trill
- Examen ganglionnaire : aires ganglionnaires libres

Examen de la sphère ORL :

Examen otologique :

- État du conduit auditif externe : normal

Aspect du tympan : normal

Examen de la cavité buccale :

- Etat bucco-dentaire : pas de caries, de gingivorragie, d'aphtose, de masse

Examen des fosses nasales

- Etat de la muqueuse nasale : pas de congestion ni de pâleur
- Absence de Rhinorrhée, de Tâche vasculaire, de polype

EXAMEN ABDOMINAL :

Inspection :

La respiration abdominale est normale

Pas de déformation de l'abdomen

Pas de cicatrices

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas de voussures

L'ombilic est bien plissé

Palpation :

Abdomen souple, non douloureux

Pas de masse palpable

Pas de défense ou de contracture

Pas de contact lombaire ou de ballottement rénale

Orifices herniaires libres

Flèche hépatique non mesurée

Percussion :

Pas de matité déclive

Le tympanisme est normal

Auscultation :

Bruits hydro aériques bien perçus

L'examen de la marge anale n'a pas été réalisé.

EXAMEN CARDIOVASCULAIRE :

Inspection :

Pas de déformation du thorax

Pas d'œdème des membres inférieurs

Pas de turgescence des veines jugulaires

Pas d'hippocratisme digital

Palpation :

Le choc de pointe est bien perçu au cinquième espace intercostal gauche

Le signe de Harzer est négatif

Pas de thrill

Auscultation :

Les bruits du cœur, B1 et B2, sont bien perçus aux 4 foyers

La systole et la diastole sont libres à chaque foyer : pulmonaire, aortique, tricuspide et mitral

Pas de bruits surajoutés

EXAMEN VASCULAIRE :

Les pouls carotidiens, épitrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplités et pédieux est sont perçus, de façon bilatérale et symétrique, sans souffle audible.

EXAMEN PULMONAIRE :

Inspection :

Les respirations thoracique et abdominale sont synchronisées

Pas de signe de lutte respiratoire

Pas de battement de ailes du nez

Pas de tirage intercostal et sus sternal

Palpation :

Pas de points douloureux

Percussion :

Pas de matité

Pas de tympanisme ou d'hyper sonorité

Auscultation :

Les murmures vésiculaires sont bien perçus

Pas de râles perçus aux niveaux des aires de projection des lobes pulmonaires

EXAMEN LOCOMOTEUR :

Inspection :

Pas de déformations de gibbosité ou de scoliose

Pas de malposition des pieds

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité

Palpation :

Pas de douleur provoquée

Pas de masse osseuse palpable

Pas de luxation de la hanche

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

Station debout : normal.

Marche : normal.

Tonus musculaire : normal.

Force motrice : les forces globale et segmentaire sont conservées.

Résistance à l'étirement passif : bonne résistance à l'étirement passif.

Réflexes :

- Tous les réflexes ostéotendineux sont présents (bicipital, tricipital, stylo-radial et cubito-pronateur, rotulien et achilléen).

- Les réflexes cutanéomuqueux (cutané-plantaire et cutané-abdominal) sont présents.

- Signe de Babinski négatif.

Sensibilité : normal.

Paires crâniennes : normal.

Fonctions supérieures : normal.

Le reste de l'examen est sans particularités.

VI. Conclusion clinique :

Il s'agit de Didi Sheima âgée de 16 ans sans antécédents particuliers, hospitalisée pour une perte pondérale de 11 kg en 8 mois, associée à des vertiges et pertes de conscience, chez qui l'examen clinique a mis en évidence une cachexie, une pâleur, ainsi qu'une insuffisance pondérale critique (IMC à 12) de 21 % par rapport à son poids initial. Le tout évolue dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

VII. Diagnostics à évoquer :

Causes mentales :

- Anorexie mentale restrictive : arguments pour : perte de poids de 21% par rapport au poids initial , age 16 ans ,

comportement alimentaire , examen clinique normal .

- Episode dépressif, notamment dans le contexte des restrictions du COVID

Causes digestifs :

- Maladie coeliaque

- MICI

Causes endocrinologiques :

- Diabète de type 1

- Insuffisance surrénalienne

Cause tumorale

VIII. Examens complémentaires :

Numération Globulaires :

Hémoglobine 12,32 normal

VGM 94.1 normal

C.C.M.H 33,5 normal

Plaquettes 156 normal

Globules Blancs 4415 normal

Polynucléaires Neutrophiles : 45,45 légèrement bas

Polynucléaires Éosinophiles : 4,20 normal

Polynucléaires Basophiles: 2,20 légèrement élevé

Lymphocytes 42,10 normal

Monocytes 5,70 normal

Bilan d'hémostase : tout est normal.

Bilan endocrinologique : tout est normal

Biochimie : tout est normal, pas d'hypokaliémie

Glycémie 0,77

IX. Conclusion paraclinique :

Nous retenons comme diagnostic l'anorexie mentale restrictive.

X. Suivi :

Avis psychiatre

Avis diététique

Evolution :

19/04/2022 : poids : 33.5 kg

21/04 : poids à 34.5 kg

22/04 : poids à 35 kg

27/04 : poids à 36.5 kg

XI. Conclusion finale :

Il s'agit de Didi Sheima âgée de 16 ans sans antécédents particuliers, hospitalisée pour une perte pondérale de 11 kg en 8 mois, associé à des vertiges et pertes de conscience, chez qui l'examen clinique a mis en évidence une cachexie, une pâleur, ainsi qu'une insuffisance pondérale critique (IMC à 12) de 21 % par rapport à son poids initial. Le tout évolue dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. Nous retenons comme diagnostic l'anorexie mentale restrictive. L'état de la patiente s'améliore petit à petit.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS ETUDIANT |
|---------------------------------------|--|
| PATIENT : Chahbounia Salmane | Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim |
| IDENTIFIANT PATIENT : | Etablissement : Faculté de Médecine Générale |
| INTITULE DOSSIER : Chahbounia Salmane | Formation : Médecine Générale |

| CATEGORIE | ENCADRANTS | STATUT |
|----------------------------|------------|--------|
| RUBRIQUE : Clinique | | |
| TYPE : OBSERVATION PATIENT | | |

Présentation

Identité: Il s'agit de chahbounia salmane âgé de 6 mois , enfant unique , originaire de khouribga -Motif d'hospitalisation : traitement d'une malformation anorectale

-Antécédents :

- ↪ Personnels :

Périnatale :

- Grossesse suivie,
- accouchement : a 32 semaine d'amenorrhée , par voie basse sans utilisation d'instruments néonatale
- dyspnée , mis sous la couveuse , APGAR non documenté, poids 2kg , taille et PC non documenté, imperforation anale , opérée pour colostomie
- Alimentation : lait maternel exclusive
- Vaccination ajour selon PNI ;
- development saturo ponderal non documenté
- Developpement psycho-moteur non documenté
- -Groupage: A+
- Pas d'allergies connues
- familiaux :

-parents consanguin , cousin de 1ier degrés

Mère : agé de 18 ans ,

- anémique sans traitement , pas d'antecedents de diabète , hta , maladie generale , – pas de tabagisme ni d'ethylisme ,
- groupe sanguin non connu
- jamais opéré
- G1P1E1 , accouchement par voie basse
- Pas de notion d'avortement
- frère ayant une malformation des membres inférieurs

Père : agé de 53 ans ,

- pas d'antecedents de diabète , hta , maladie generale , – pas de tabagisme ni d'ethylisme ,

– groupe sanguin non connu

-Histoire de la maladie : remonte a la naissance par la découverte d'une imperforation anale a l'examen du nouveau né, fut opéré pour colostomie , apyrexie et état général

■

conservé,hospitalisé pour prise en charge de sa malformation

-Examen général

-Patient conscient, pas de cyanose ni d'ictère , hypotonique

- TA:86/56mmHg—>normale

- FC:145bpm—>normale

- FR:30 cycles/min normale

- SPO2: 85% sous ventilation assistée (desaturation)

- T°:37.5°C

- POIDS:6,3kg

- Taille : 57 cm

●

●

PC : 41 cm

Macrosome

- → Examen abdominal :

- Inspection :

Poche colostomie en place

-la respiration abdominale anormale

-pas de distension

-pas de circulation veineuse collatérale

-pas de cicatrices ni de voussures

-ombilic bien plissé

-pas de masse

- Palpation :

-abdomen souple

-pas de défense

-pas de contracture

-pas de masse

-pas d'ascite

-pas de signes d'inflammation -pas d'organomégalie

- Percussion :

normale (pas d'ascite)

- Auscultation : bruits hydro-aériques sont bien perçus • Toucher rectal : imperforation anal

→ Examen cardio-vasculaire : • Inspection :

-thorax asymétrique , pas de circulation veineuse collatérale -pas de cicatrice de thoracotomie

- Palpation : -FC : 145 bpm

-TA : 86/56 mmHg

-Tous les pouls sont bien perçus -Signe de Harzer : négatif -choc de pointe normal

- Auscultation :

- B1 et b2 sont bien perçus

- souffle systolique au 4ieme espace intercostale gauche

→ Examen pleuro-pulmonaire : • Inspection :

-thorax déformé, balancement thoracique

-pas de circulation veineuse collatérale -pas de cyanose -pas de cicatrices

-pas d'hippocratisme digital

- Palpation : vibrations vocales difficiles a percevoir

- Percussion : normale

- Auscultation :

- rales ronflant généralisé

-Encombrement bronchique

Examen du tonus :

- hypotonie.

Examen neurologique

Fonction visuelle : fixation et poursuite normal

Tonis : hypotonic (pas de retour de flexion) , extension passive incurvation dorsale Reflexes : reflexe de grasping normal

Perimetre cranien : 41 cm

Fontanelle normalement tendues

Les orifices herniaires : pas d'hernie

→ Examen des aires ganglionnaires : libres sans anomalies au niveau des différents aires suivantes : axillaire, jugulo-carotidienne, sous maxillaire, sous mentonnière, prétragienne, rétro auriculaire, spinale, sous claviculaire, sus claviculaire, épitrochléenne, inguinale et poplitée

→ Examen cervical : •Inspection :

-pas de tuméfaction

-pas de circulation veineuse collatérale -pas de cicatrices •Palpation :

-pas d'adénopathie

-pas de goitre

•Auscultation : pas de souffle carotidien

→ Examen locomoteur: paralysie et déformation des membres inférieure

-Conclusion1: Il s'agit d'un patient âgé de 6mois , ayant comme antécédents mauvaise adaptation a la vie extra uterine , imperforation anale avec une malformation colorectal haute avec mise de poche de colostomie , enfant de parent consanguin de 1er degres , et chez qui l'examen clinique trouve une imperforation anal , une déformation et encombrement thoracique , hypotonie axiale , une paralysie et déformation des membres inférieurs

-Diagnostics à évoquer:

Syndrome polymalformative Bronchiolites

-Examens complémentaires: -radio par incidence de rice

- Radio thorax

- Nfs crp

- Tdm cerebral

- Bilan préopératoire

- Echocardiographie

-Résultats des examens complémentaires: —>NFS:

-Hémoglobine: 11g/dl normale

-Globules blancs: 6040/mm3 normal

- TSH : 0.37normal

—>CRP: 64mg/l élevé

Examen bactériologique (prélèvement : gorge) : detection de Pseudomonas Aeruginosa Examen anapath sur Biopsie rectale : aspect morphologique et immunohistochimique ont porté sur une muqueuse du canal anal.

Le diagnostic de maladie de Hirschsprung n'est pas retenu. Cependant il exist une hypoganglionnose.

Tdm thoracique : Présence de quelques

condensations parenchymateuses pulmonaires des deux lobes supérieurs, en faveur d'une pneumopathie infectieuse.

o Présence d'une malformation thoracique type de Pectus Carinatum, avec aspect longiligne des cavités cardiaques et des segments antérieurs des deux poumons

Tdm cerebral normal

Echocardiographie normal

Radiothorax:Foyers alvéolaires bilatéraux et diffus Opacité rétractile triangulaire droite Elargissement de la silhouette cardiomédiastinale. Epanchement pleural gauche. -Conclusion2: Il s'agit d'un patient âgé de 6mois , ayant comme antécédents mauvaise adaptation a la vie extra uterine , imperforation anale avec une malformation colorectal haute avec mise de poche de colostomie , enfant de parent consanguin de 1er degres, chez qui les examens complémentaires trouvent une crp élevée avec bactériologie positive pour Pseudomonas Aeruginosa , une deformation thoracique et syndrome alvéolaire sur pleurésie Diagnostic retenu: imperforation anale sur bronchiolite

Prise en charge:

-Patiente mise sous paracétamol , nubilisation , antibiotique

Chirurgie : PENA

- évolution : patient intube ventilé , mauvaise saturation , a développé pneumothorax

- Cicatrisation post opératoire bien portante

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi