



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 11 C_1

Stage clinique

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A2

Niveau 3 : M4-A2-1

Service D'affectation : Pédiatrie

Date debut de stage: 20-09-2021

Date fin de stage: 18-10-2021

Réalisé par : BOUNJA GHIZLANE

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Comment rédiger une observation médicale		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Comment rédiger une observation médicale		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

I. Lobservation clinique

1. Recueil des informations :

Donnes administratives ou pratiques :

Nom, prnom de lenfant, date et heure de naissance

Adresse des parents, mtier

Mdecin correspondant

Motif de consultation/ de ladmission en hospitalisation

Antcdents Familiaux :

Pre et mre : ge, profession, origine

Degr parit et gestation chez la mre (avortement?) , tat de sant de la

mamanConsanguinit, pathologies familiales

Fratric : ge, ATCDS, notion de mortalit

Antcdents pathologiques mdicaux et chirurgicaux

Arbre gnalogique (Maladie gntique)

Antcdents Personnels :

1. Priode prinatale

Droulement de la grossesse

Circonstances de laccouchement Souffrance Ftale, Voie Basse/ csarienne, rupture

de la poche des eaux, Aspect du liquide amniotique, la dure du travail

Etat du nouveau-nla naissance : APGAR (5 et 10min), poids, taille, PC, terme

2. Mode dalimentation

Allaitement

type et dure: Maternel, Artificiel (date introduction)

Diversification : date dintroduction farine, chronologie diversification.

Rgime actuel : Type, nombre, volume dure des repas, composition, prparation,
modalit

3. Etat de la vaccination (lecture et interprétation du carnet de sant)

4. Croissance staturo-pondrale (utilisation des courbes en vigueur)

5. Dveloppement psychomoteur, comportement social, scolarit

6. Antcdents pathologiques: mdicaux et chirurgicaux

Histoire de la maladie :

Style concis, prcis

Signes et stade pubertaire

Examen Neurologique :

Chez le nourrisson

Dveloppement sensoriel

Tonus passif, actif

Tonus musculaire, force msculairex, ROT, coordination

Chez le grand enfant

Tonus musculaire, force musculaire, ROT, coordination

Examen de l'appareil locomoteur :

Limitation, malposition des pieds, gibbosité, scoliose

Examen des territoires ganglionnaires

Examen du crâne et de la face : P.C, F.A

Examen ORL :

Oreille,

Cavit buccale

3. SYNTHÈSE ET CONCLUSION :Rsonnement et réflexion mdicale

Identifier les indices significatifs et regrouper les données

Rechercher un mécanisme physiopathologique aux symptômes

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Examen du nouveau né		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Examen du nouveau né		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Anamnse :

Antnatal : suivi de la grossesse

Prinatal :

Droulement de laccouchementEtat du liquide amniotique

Post-natal:

Adaptationla vie extra-uterine

Mode dalimentationCroissance

vaccination

Examen clinique :

1- Aspect gnral :

Temprature : 36,8

Peau rose avec acrocyanose

Cri vigoureux clair

Vigilant actif tonique et capable dintragir aux stimulis Rechercher un syndrome dysmorphique.

2-examen cutan

3-examen du crne

4-examen de la face

5-examen du cou

6-examen thorax :

Aspect

Glande mammaire Appareil cardio-vasculaire Appareil pleuro-pulmonaire

7-Examen de labdomen:

aspect

Foie

Rate

Rechercher une hernie ombilicale Etat du cordon

Appareil urinaire Mconium

8-Examen des organes gnitaux externes :

GARON:

Verge

Mat

Testicule = cryptorchidie Rechercher un Hydrocle Prpuce

FILLE:

Orifice vaginal et permabilit de lhymen Petite lvre er clitoris

Possible leucorrhoe ou mtrorragie

9- Examen du rachis :

Etat cutane

La rgion lombosacre : spina bifida ; fossette sacro coccygienne profonde ; dviation du sillon interfessier

10- Examen des membres

11-Examen neurologique

Comportement global Tonus actif et passif Motricit spontanee

Reflexes archaques

Le rflexe des points cardinaux

Le rflexe de la succion dglutition

Le rflexe de Moro

Le rflexe d'agrippement des doigts ou grasping

Le rflexe d'allongement crois des membres infrieursLe rflexe de la marche automatique

Les rflexes osto-tendineux

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : meryem b	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : b Meryem	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il sagit de lapatienteMeryem ne le 20/09/12 de sexe fminin, 3 -me de fratrie de 3 originaire et habitanteKenitra, ayant comme couverture sociale Wafa assurance,

Motif dhospitalisation : cphales et vomissements

Antcdents :

-Familiaux :

Pas de consanguinit des parents

Mre ge de 39ans professeur de franais, G3P3, pas dantcdent particulier

Pre gs de 40ans grant dentreprise, ayant comme antcdente une mningite qui remonte2ans (non documente)

Pas dantcdent toxique chez les parents

Fratrie de 2 : un frre g de 12ans et une sur ge de 10ans sans antcdent particulier

Absence dautres maladies hrditaires.

-Personnels :

Periode prnatale: Grossesse bien suivie sans complication meneterme

Periode prinatale :Voie basse abord cphalique, sans notion de souffrance foetale

Periode postnatal:

-traite pour uneAnmie ferriprive microcytaire hypochrome avec un hmoglobine9g/dll'ge de 6 ans

- Des rectorragies (en fin de dfcation) + Trouble digestifs, diarrhe, plusieurs pisodes par jour (plus de 3/ jr), liquidienne depuis 3ans

- Plusieurs pisodes de cphales depuis septembre 2020

-Vaccins :jour selon le carnet de vaccination

Histoire de la maladie :

Le dbut de la symptomatologie remonte18/09/21, par linstallation brutale de cphales, intense, diffuse, pulsatile, intermittente (plusieurs crises par jours >5) , non calme par les antalgique usuelles, une phonphobie et photophobie sans aura neurologique, associedes vomissementspostprandiaux alimentaires puis bilieux a environ 6 pisodes/j, et une diarrhe chronique liquidienne, abondante associedes rectorragies en fin de dfcation, le tout voluant dans un contexte dapyrexie, asthnie et anorexie.

Examen ralisJ3 de son admission

Examen clinique

Patiente asthénique, consciente, bien orientée dans le temps et l'espace

Conjonctives légèrement décolorées

Présence d'une pleur cutanéo-muqueuse généralisée

Fréquence cardiaque : 86 BPM

Fréquence respiratoire : 19 C/min

Température : 36°C

Poids : 28kg

TA = 110/70 mmHg

Examen neurologique :

Examen de la marche : La patiente marche en ligne droite sans difficultés, Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Examen de la station debout : Conservation du polygone de sustentation, Signe de Romberg négatif

Examen de la force musculaire :

Globale : La patiente tient le Barr et le Mingazzini

Segmentaire : Force musculaire conservée au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Examen du tonus musculaire :

Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie

Ballants des articulations distales présents

Les signes Brudzinski et Kernig sont négatifs

Examen des réflexes :

OSTEO TENDINEUX : Réflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

CUTANEO MUQUEUX : normal

Examen de la coordination motrice :

Manœuvre doigt / nez au MS conservée

Manœuvre talon / genou au MI conservée

Examen des sensibilités :

Superficielle, tactile conservées

Examen des nerfs crâniens :

I : Pas de trouble de l'odorat

II : Pas d'atteinte des champs visuels

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un réflexe photo-moteur présent

IV : Pas de diplopie verticale

V : Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieurs de la langue conservée, une

mastication normale

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

VII : Pas de paralysie, visage symétrique, le patient sursourit les yeux, sourit et gonfle les joues.

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdité (N. cochléaire)

Pas de vertige ni de déviation des index (N. vestibulaire)

IX : Réflexe nauséux présent et absence de gnéophagie

X : Pas de troubles de la phonation

XI : Élevation et abaissement des épaules possibles : évaluation du muscle trapèze

rotation-flexion extension de la tête possible

Examen abdominal :

Inspection :

-Abdomen symétrique sans voussures

-Pas de cicatrice

-Pas de circulation collatérale

Palpation :

- pas de sensibilité abdominale

-Pas d'hépatosplénomégalie

-Pas de masses

-Les orifices herniaires libres

-Absence de douleurs à la palpation

-Absence de contact lombaire

Percussion :

-Absence d'anomalie à la percussion

Examen de la marge anale:

Pas de fissure

Pas de fistule

Pas de voussure

Pas d'écstasie veineuse hémorroïdaire

Examen osseux :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité.

Palpation :

Absence de masse.

Absence de douleur à la palpation.

Pas de raideur ou deankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

-Pas de déformation thoracique

-Pas de cicatrice

-Pas de circulation veineuse collatérale

-Pas de cyanose

-Pas d'hyppocratisme digital

-Pas de varices

-Absence de turgescence de la veine jugulaire

-Pas d'œdème du membre inférieur

Palpation :

-Choc de pointe bien perçu

-Signe de Harzer négatif

-Absence de reflux hépato-jugulaire

-Pouls périphérique et centraux bien perçus

-Signe de HOMANS négatif

Auscultation :

B1 et B2 sont bien perçus au niveau des 4 foyers cardiaques

Examen pleuropulmonaire :

À l'inspection :

-Patient(e) eupnéique avec une respiration symétrique et synchronisée

-Pas de déformation thoracique

-Pas de cicatrice chirurgicale

-Pas de signes de détresse respiratoire ni de gêne respiratoire

À la Palpation : Vibrations vocales normalement transmises

À la Percussion : Sonorité normalement perçue au niveau des EIC

À l'Auscultation :

-Murmures vésiculaires normalement perçus

-Pas de râles

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de déformation, de fistulisation, de cicatrice, téguments normalement colorés, pas de pleur, d'ictère ou de cyanose.

Cervicales : les aires sous mentonnière, sous maxillaire, parotidienne, pré-tragienne, mastoïdienne, occipitale, cervicale antérieure, sus-claviculaire et cervicale postérieure sont libres.

Axillaires : L'aire axillaire est libre

Les aires pitrochlénienne et inguino-crurales sont libres.

Conclusion clinique :

Enfant âgé de 9 ans ayant comme antécédent une diarrhée chronique, des rectorragies et une annuée hospitalisée pour des céphalées intenses associées à des vomissements, une phonophobie et une photophobie et chez qui l'examen clinique trouve une pleur cutano-muqueuse. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général

Diagnostics évoquer :

Méningite : (+) céphalée, vomissement, photophobie, phonophobie, (-) nuque souple, apyrexie, test de Brudzinski et de Kernig négatifs

Gastro-entrite : (+) diarrhée chronique liquidienne (+ de 3 épisodes par jour) vomissements

Une migraine commune sans aura neurologique : (+) plusieurs crises de céphalée par jours > 5 crises, caractère chronique, caractère pulsatile et survenue des céphalées, phonophobie, photophobie, vomissement

Les examens complémentaires réalisés

Biologiques :

NFS : HB: 9,92g/dl hématoците : 33,7% VGM : 71 TCMH 20,90pg CCMH 29,4 g/dl Plt: 225000/mm³ GB 7458/ul, PNN 47,60% LYMPHOCYTES 39,91% MONOCYTE 7,71% Na +// ure 0,17 g/l.

CRP 55,4mg/l

Procalcitonine 0,68ng/ml

Ponction lombaire faite est revenue négative

Examen coprologique des selles (non réalisé)

Radiologie :

échographie abdominale est sans anomalie

Coloscopie non réalisée

Diagnostic retenu : une gastro-entérite aiguë

Traitement :

- Flagyl 250mg/8h
- Cotrim 1cp/12h
- ultra levure sachet X3/j
- Srum glucos 500 5%
- spasfon 1/2 amp

- perfalgan 420mg si douleur

volution : bonne volution sous traitement

La patiente doit tre suivie pour l'exploration des rectorragies

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Layachi riad		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT : 1283910		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Layachi Riad		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

identit

Il sagit du patient Riad L. g de 8 ans, n le 17/12/2013, cest un 2me dune fratrie de 3,

originaire de Rabat et suivi par Dr ERREIMI

motif d'hospitalisation

Hmaturie fbrile

ANTCDENTS

- Antcdents familiaux:

Mre ge de 40 ans

La mre estG3P3.

Pre g de 40 ans

Notion de diabte dans la famille: grand mre maternelle suivie pour diabee de type II, Pas de

cas similaires dans la famille ni d'autre antcdentnoter

Fratrie: Frre g de 10 ans, pas dantcdents notables

Sur ge de 6 ans, pas dantcdents notables

Antcdents personnels:

1. Priode prnatale: Grossesse suivie : metrorragies frquentes et abondantes lors du premier trimestre de la grossesse, pas de notion de prise mdicamenteuse tratogne, ni de plantes ni de toxiques, pas d'exposition aux radiations. Une chographie au 2e trimiestre a rvl une dilatation bilatrale des reins chez le ftus.

Le reste de la grossesse sest pass sans problme.

2. Priode pri-natale : accouchement par csarienne sur utrus cicatriciel sans complications.

Bonne adaptationla vie extra-utrine

3. Priode post-natale :

- Mode d'alimentation: Allaitement maternel pendant les premiers jours seulement puis allaitement

artificiel. Diversification du régime au bout de 3 mois (légumes, gluten)

- tat de vaccination: enfant jour (non document, pas de carnet de santé de l'enfant sur place)

- Croissance staturo-pondérale: bon développement staturo-pondéral

- Développement psychomoteur et scolaire normaux

- Antécédents pathologiques médicaux :

- Il a été mis sous antibiothérapie prophylactique pendant 6 mois dès la naissance. Le patient a

présenté 4 infections urinaires fébriles traitées par ATB en ambulatoire depuis sa 1^{ère} année, ensuite l'âge de 3 ans, il a été hospitalisé en novembre 2019 pour sa 3^e infection urinaire. Il n'a pas eu d'épisodes depuis sa dernière hospitalisation.

- Il est asthmatique, suivi, sous Rinoclenil (anti-inflammatoire par voie nasale, Dipropionate de bécloéthasone) ERLUS (anti-histaminique) et Saflu (Antiasthmatique, bêta-2-sympathomimétique avec glucocorticoïde). Son asthme est contrôlé.

- Pas d'autres antécédents connus.

histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie remonte il y a 1 semaine par l'apparition d'une hématurie

terminale peu abondante. Elle s'est accompagnée d'une fécule, brûlures mictionnelles, de douleurs lombaires bilatérales et hypogastriques et de vomissements. Sans pollakiurie et sans troubles digestifs.

La symptomatologie s'est aggravée 4 jours plus tard par l'apparition d'une fièvre chiffrée 40-41°C, résistante aux antalgiques usuels (paracétamol)

Le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec asthénie et anorexie.

Examen clinique: examen fait J4 de l'hospitalisation

Examen général:

Le patient est conscient et bien orienté dans le temps et l'espace.

Sa peau, ses yeux et ses extrémités sont normalement colorés

Sa fréquence cardiaque est normale 80 batt/min

Sa fréquence respiratoire est normale 26 cycles/min

Poids : 26 kg

Taille: 132 cm

T : 37°C

TA : 103/63 mmHg

Examen abdominal:

Inspection:

Pas de ballonnement, pas de cicatrice, de voussure

Pas de respiration paradoxale

Palpation:

Pas de sensibilité, pas de contracture

Contact lombaire (-), pas de globe vscial

Pas dhpatomegalie, ni de splnomgalie

Auscultation:

Les bruits hydro-ariques sont normalement perus

Percussion:

Sonorit abdominale normale

Examen des organes gnitaux externes :

La verge :Circoncis

Peau fine, lisse et souple, pas de signes d'inflammation.

Pas d'coulement. Position normale du mat

Pas de phimosis ni paraphimosis.

Scrotum et contenu :

La peau scrotale est souple, brune et plisse

Prsence des 2 testicules

Pas de signes inflammatoires

Examen cardio-vasculaire :

Inspection :

Thorax est daspect normal et symtrique

Pas de pleur, de cyanose ou dictre notable.

Pas dhyperpulsabilit des artres carotides

Pas de turgescence des veines jugulaires

Pas dhippocratisme digital

Pas ddmes des membres infrieurs ni de circulation collatrale.

Pas de troubles trophiques notables

Palpation :

Choc de pointe peru au 5me espace intercostal gauche.

Signe de Harzer ngatif

Pas de frmissement au niveau des foyers

Pas de reflux hépato jugulaire

Auscultation :

B1 et B2 sont bien perçus en absence de souffle ou de bruits surajoutés

Pas de frottement péricardique

Les pouls carotidiens, épitrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplités et pédiens sont présents et symétriques.

Signe de Homans négatif.

Examen pleuro-pulmonaire :

Inspection :

La morphologie du thorax est normale : pas de distension du thorax, pas de déformation squelettique.

Absence de cicatrices, de lésions.

Dynamique respiratoire normale : pas de tirage ou de respiration paradoxale.

Absence de cyanose, d'hyppocratisme digital.

Pas de syndrome de Claude Bernard Horner

Absence de stridor ou de cornage.

Palpation :

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs de façon symétrique

Pas de adénopathies périphériques.

Percussion :

La sonorité pulmonaire est normale dans les deux champs de façon symétrique : Thorax sonore à la percussion

Auscultation :

Le souffle laryngo-trachéal est perçu normalement.

Le murmure vésiculaire est perçu normalement dans les deux champs de façon symétrique

Pas de râles

Examen osseux :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité.

Palpation :

Absence de masse.

Absence de douleur à la palpation.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de déformation, de fistulisation, de cicatrice, téguments normalement colorés, pas de pleur, d'ictère ou de cyanose.

Cervicales : les aires sous mentonnière, sous maxillaire, parotidienne, pré-tragienne, mastoïdienne, occipitale, cervicale antérieure, sus-claviculaire et cervicale postérieure sont libres.

Axillaires : L'aire axillaire est libre

Les aires pectorales et inguino-crurales sont libres.

Examen neurologique :

Score de Glasgow : 15/15

Examen de la marche :

Le patient marche en ligne droite et en tandem sans difficultés

Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Examen de la station debout :

Conservation du polygone de sustentation

Signe de Romberg négatif

Examen de la force musculaire :

Globale : Le patient tient le Barr et le Mingazzini

Segmentaire : Force musculaire conservée au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Examen du tonus musculaire :

Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie

Ballants des articulations distales présents

Examen des réflexes :

OSTEO TENDINEUX : Réflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

CUTANEO MUQUEUX : Flexion du pied gauche. Le réflexe cutanéo-plantaire est indifférent aux deux pieds.

Examen de la coordination motrice :

Manœuvre doigt / nez au MS conservée

Manuvre talon / genou au MI conserve

Examen des sensibilités :

Superficielle, tactile conservées

Examen des nerfs crâniens :

I : Pas de trouble de l'odorat

II : Pas de atteinte des champs visuels

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un réflexe photo-moteur présent

IV : Pas de diplopie verticale

V : Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieur de la langue conservée, une mastication normale

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

VII : Pas de paralysie, visage symétrique, le patient peut serrer les yeux, sourire et gonfler les joues.

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdité (N. cochléaire)

Pas de vertige ni de déviation des index (N. vestibulaire)

IX : Réflexe nauséux présent et absence de gnathalgie

X : Pas de troubles de la phonation

XI : élévation et abaissement des épaules possibles : valuation du muscle trapèze
rotation-flexion extension de la tête possible

conclusion clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 8 ans, présentant des antécédents d'infections urinaires récurrentes, qui consulte pour une hématurie fébrile accompagnée de brûlures mictionnelles, de douleurs lombaires bilatérales, de douleurs abdominales généralisées et de vomissements et dont l'examen clinique est sans particularité.

HYPOTHÈSE

Diagnostic évoqué après la conclusion clinique =

Pyélonéphrite aiguë : (+) fièvre, douleur lombaire bilatérale,

(-) pas d'arguments contre

Cystite : (+) hématurie, brûlures mictionnelles

(-) fièvre

Diagnostic retenu après examens complémentaires :

Pylonephrite aigue sur syndrome de jonction

Examens complémentaires:

Biologique : NFS, CRP, procalcitonine, ionogramme (ure, creat, natrmie, kalimie) BU/ECBU, ionogramme.

Radiologique: chographie abdominale, UCG (aprs retour de l'ECBU strile), uroscanner.

Résultats :

Bilan du 18/09/2021 fait aux urgences

NFS : Hb = 14.08g/dl

Hématocrite : 42.1%

VGM = $86,6 \mu^3$

TCMH : 29g/dl

CCMH : 33.5g/dl

PLT : $218000/\text{mm}^3$

GB = 20330/ul

PNN : 72.11% ($14660/\text{mm}^3$)

lymphocytes : 17.69% ($3596/\text{mm}^3$)

monocytes : 9.58% ($1948/\text{mm}^3$)

CRP : 31.6mg/l

procalcitonine : 0.39ng/l

Bilain fait le 20/09/2021 :

Ionogramme : Na⁺ : 141mmol/l, crat : 8.39mg/l, CRP : 65.8mg/l

ECBU : infection staphylocoques dor, urase -

Echographie : reins lgrement chognes avec encoche corticale droite et syndrome de jonction pylo-urtral modr gauche.

SUIVI

Ttt d'un pylonephrite :

C3G, 50mg/kg/jr pendant 10jrs

Aminosides 23mg/kg/jr pendant 23jrs jusqu' 5 jours

Paracetamol (perfalgan) : 15mg/kg/6h

Ttt administré à l'enfant :

Perfalgan 450mg/6h

Triaxon (ceftriaxone, céphalosporine) 1g/500/j

Brufen sirop

Bonne évolution sous ttt.

Ttt de sortie :

Augmentin sirop 3x/j

ECBU de contrôle 48h après la fin du ttt et CRP

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Lamnouar houssam	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Lamnouar Houssam	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

PRESENTATION

Clinique

OBSERVATION PATIENT

Il s'agit du patient Lamnouar Houssam, âgé de 6 ans né le 14/04/2015, de sexe masculin, cadet d'une fratrie de 3, originaire de Meknes, habitant El Jadida, bénéficiant d'une couverture médicale de l'OCP.

MOTIF

ANTÉCÉDENTS

ectopie testiculaire gauche

Antécédents familiaux :

Pas de consanguinité

Mère âgée de 35 ans G3P3 (2 enfants vivants issus d'une grossesse et un enfant avorté), femme au foyer, pas d'antécédent particulier

Père âgé de 35 ans, agent OCP pas d'antécédent particulier

Grand-père paternel suivi pour diabète

Grand-mère maternelle suivie pour HTA. Soeur âgée de 9 ans, en bonne santé. Frère jumeau, hospitalisé pour ectopie. Absence d'autres maladies héréditaires.

Antécédents personnels :

Période pr-natale, grossesse bien suivie, sans complications

Période Peri-natale : accouchement par césarienne sur utérus cicatriciel, sans notion de souffrance fœtale. Bonne adaptation à la vie extra-utérine.

Période post-natale :

Mode d'alimentation : allaitement mixte depuis la naissance, diversification à 6 mois. Statut vaccinal : jour

Croissance staturo-pondérale : Bonne croissance

Développement psychomoteur et scolaire normal

Antécédents médicaux : Pas d'antécédent particulier

INTERROGATOIRE

Découverte fortuite d'une ectopie testiculaire gauche lors de la visite médicale systématique pré-scolaire le 22/09/2021. Patient hospitalisé le 27/09/2021

HYPOTHÈSE EXAMEN

Examen clinique : fait J1 de l'hospitalisation

Examen général:

Le patient est conscient et bien orienté dans le temps et l'espace.

Sa peau, ses yeux et ses extrémités sont normalement colorés (sans pleur, ictère ou sueur) Sa fréquence cardiaque est 87 batt/min

Sa fréquence respiratoire est 28 cycles/min

Sa température est 37,4 degrés Celsius

Poids : 31 kg (plus de 2 déviations standards)

Taille: 127cm (plus de 2 déviations standards)

IMC : 19.5

Examen des organes génitaux externes : La verge : Circoncis

Peau fine, lisse et souple, pas de signes d'inflammation.

Pas d'écoulement.

Position normale du mat

Pas de phimosis ni paraphimosis. Scrotum et contenu :

Scrotum bien plissé, petite bourse Testicules ascenseurs en bilatéral

Orifice péritonéo-vaginal ouvert gauche. Pas de signes inflammatoires

Examen abdominal:

Inspection:

Pas de ballonnement, pas de cicatrice, de voussure Pas de respiration paradoxale

Palpation:

Sensibilité et défense au niveau de l'hypocondre droit et du flanc droit, pas de contracture Contact lombaire (-), pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie, ni de splénomégalie

Auscultation:

Les bruits hydroariques sont perçus normalement

Percussion:

Sonorité abdominale normale

Examen cardio-vasculaire :

Inspection :

Thorax est d'aspect normal et symétrique

Pas de pleur, de cyanose ou dictre notable.

Palpation :

Pas de reflux hpato jugulaire

Auscultation :

B1 et B2 sont bien perus en absence de souffle ou de bruits surajouts Pas de frottement pricardique

Les poulx carotidiens, epitrochlens, radiaux, cubitiaux, fmoraux, poplits et pdieux est sont prsents et symtriques.

Examen pleuro-pulmonaire :

Inspection :

La morphologie du thorax est normale : pas de distension du thorax, pas de dformation squelettique.

Absence de cicatrices, de lsions.

Pas de signes de lutte respiratoire

Palpation :

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs de facon symtrique Pas dadnopathies priphriques.

Percussion :

La sonorit pulmonaire est normale dans les deux champs de faon symtrique : Thorax sonorela percussion

Auscultation :

Le murmure vsiculaire est peru normalement dans les deux champs de faon symtrique Pas de rles

Examen osseux :

Inspection :

Pas de dformations

Laspect cutan est sans particularit.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularit. Palpation :

Absence de masse.

Absence de douleurla palpation.

Pas de raideur ou dankylose.

Pas de boiterie ou dimpotence fonctionnelle.

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de dformation, de fistulisation, de cicatrice, tguments normalement colors, pas de pleur, dictre ou de cyanose.

Cervicales : les aires sous mentonnire, sous maxillaire, parotidienne, pr-tragienne, mastodienne, occipitale, cervicale antrieure, sus-claviculaire et cervicale postrieure sont libres.

Axillaires : Laire axillaire est libre

Les aires pitrochlenne et inguino-crurales sont libres.

Examen neurologique :

Score de Glasgow : 15/15

Examen de la marche :

Le patient marche en ligne droite et en tandem sans difficultés Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Examen de la station debout : Conservation du polygone de sustentation Signe de Romberg négatif

Examen de la force musculaire :

Globale : Le patient tient le Barr et le Mingazzini

Segmentaire : Force musculaire conservée au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Examen du tonus musculaire :

Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie Ballants des articulations distales présents

Examen des réflexes :

OSTEO TENDINEUX : Réflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

CUTANEO MUQUEUX : Flexion du pied gauche. Le réflexe cutanéo-plantaire est indifférent aux deux pieds.

Examen de la coordination motrice : Manœuvre doigt / nez au MS conservée Manœuvre talon / genou au MI conservée

Examen des sensibilités : Superficielle, tactile conservées

Examen des nerfs crâniens : I : Pas de trouble de l'odorat

II : Pas d'atteinte des champs visuels

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un réflexe photo-moteur présent IV : Pas de diplopie verticale

V : Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieurs de la langue conservée, une mastication normale

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

VII : Pas de paralysie, visage symétrique, le patient peut serrer les yeux, sourire et gonfler les joues.

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdité (N. cochléaire)

Pas de vertige ni de déviation des indices (N. vestibulaire)

IX : Réflexe nauséux présent et absence de gnéolalutition X : Pas de troubles de la phonation

XI : Évaluation et abaissement des paires possibles : évaluation du muscle trapèze rotation-flexion extension de la tête possible

Examens complémentaires : bilan pré-opératoire

DIAGNOSTIC

SUIVI

Il s'agit d'un patient âgé de 6 ans, sans antécédent particulier, qui est hospitalisé pour une ectopie testiculaire gauche et dont l'examen clinique révèle des petites bourses avec des testicules en ascenseurs bilatéralement et un orifice péritonéo-vaginal ouvert à gauche.

Adressez-la chirurgie pédiatrique : ligature section du CPV, réintégration du testicule en intrascrotal

Ttt de sortie : Augmentin 500mg x3/jrx8jrs Doliprane 500mg 3x/jx5j

Changement de pansement j5 et j10

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Moudnib Fatima zahrae		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Moudnib fatima zahrae		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

dentit

Il sagit de la patiente Fatima ezzahrae moudnib , ge de 8 ans (ne le 08/03/2013) de sexe fminin , premire dune fratrie de 2 , originaire et habitante Rabat ,ayant commecouverture mdicale AXA

Motif de consultation : Douleur abdominale et vomissements

Antcedents

Antcdents familiaux :

- Pas de consanguinit
- Mre ge de 39 ans G2P2 femme au foyer, traite pour un diabte gestationnel au cours de sa deuxime grossesse .
- Pre g de 52 ans, fonctionnaire pas dantcdent particulier
- Absence de maladies hrditaires dans la famille
- Absence de maladies chronique
- Pas de cas similaire dans la famille

Antcdents personnels :

Priode pr-natale:

- grossesse bien suivie, sans complications mene a terme

Priode Peri-natale :

- accouchement par voie basse, sans notion de souffrance foeatale.
- Bonne adaptationla vie extra-utrine

Priode post-natale :

- Mode dalimentation : allaitement mixte depuis la naissance, diversification6 mois.
- Statut vaccinal : La patiente na pas reu le vaccin de 5 ans : rappel de lanti DTP
- Croissance staturo-pondrale : Bonne croissance
- Dveloppement psychomoteur et scolaire normal

Antcdents mdicaux :

Trait pour anmie ferriprive il ya 3 ans (par maltofer/tardyferon)

Douleurs abdominales généralisées récurrentes depuis 3 ans

Gastrite sous IPP il y a 2 mois

Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remonte samedi 25 septembre 2021, 2 jours avant son admission à l'hôpital par l'installation brutale de vomissements post-prandiaux alimentaires qui deviennent bilieux associés à un pyrosis, une constipation et une douleur abdominale généralisée, intense type de crampe, qui bloque la respiration sans position antalgique, tout cela dans un contexte de pyrexie et d'altération de l'état général ; amaigrissement chiffré à 3 kg / 3 jours, une asthénie et une anorexie.

Ceci a poussé les parents à consulter chez son pédiatre qui la réfère pour qu'elle soit hospitalisée.

Examen clinique : fait à J2 de l'hospitalisation

Examen général :

La patiente est consciente, bien orientée dans le temps et l'espace.

Ses conjonctives sont légèrement décolorées

Une légère pâleur cutano-muqueuse

Ses yeux sont cernés et creux

Absence de pli de déshydratation

Sa fréquence cardiaque est de 80 batt/min

Sa fréquence respiratoire est de 21 cycles/min

Sa température est de 35 degrés Celsius

Poids : 24 kg

Taille : 137 cm

IMC : 18,5

Examen abdominal :

*Inspection :

-Abdomen symétrique sans voussures

-Pas de cicatrice

-Pas de circulation veineuse collatérale

*Palpation :

-Présence d'une sensibilité péri-ombilicale à la palpation

-Abdomen souple

-Pas d'hypertrophie splénomégalie

-Absence de masse

-Les orifices herniaires sont libres

-Absence de contact lombaire

*Percussion :

-pas d'anomalie a la percussion

*auscultation :

bruit hydro aériques normalement perçus

Examen de la marge anale et toucher rectal :

inspection

- Pas de fissure

- Pas de fistule

- Pas de voussure

-Pas d'ectasie veineuse hémorroïdaire

Palpation :

Absence de masse

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

-Pas de déformation thoracique

-Pas de cicatrice

-Pas de cyanose

-Pas d'hippocratisme digital

-Pas de varices

-Absence de turgescence de la veine jugulaire

-Pas d'œdème du membre inférieur

Palpation :

-Choc de pointe bien perçu

-Signe de Harzer négatif

-Absence de reflux hépato-jugulaire

-Pouls périphérique et centraux bien perçus

-Signe de HOMANS négatif

Auscultation :

B1 et B2 sont bien perçus au niveau des 4 foyers cardiaques

Examen pleuropulmonaire :

A l'inspection :

-Patient(e) eupnéique avec une respiration symétrique et synchronisée

-Pas de déformation thoracique

-Pas de cicatrice chirurgicale

-Pas de signes de détresse respiratoire ni de gêne respiratoire

A la Palpation : Vibrations vocales normalement transmises

A la Percussion : Sonorité normalement perçue au niveau des EIC

A l'Auscultation :

-Murmures vésiculaires perçus

-Pas de râles

Examen ganglionnaire : pas d'adénopathies : les aires ganglionnaires sont libres

Examen neurologique :

Examen de la marche : La patiente marche en ligne droite sans difficultés, Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Examen de la station debout : Conservation du polygone de sustentation, Signe de Romberg négatif

Examen de la force musculaire :

Globale : La patiente tient le Barr et le Mingazzini

Segmentaire : Force musculaire conservée au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Examen du tonus musculaire :

Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie

Ballants des articulations distales présents

Les signes Brudzinski et Kernig sont négatifs

Examen des réflexes :

OSTEO TENDINEUX : Réflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

CUTANEO MUQUEUX : normal

Examen de la coordination motrice :

Manœuvre doigt / nez au MS conservée

Manœuvre talon / genou au MI conservée

Examen des sensibilités :

Superficielle, tactile conservées

Examen des nerfs crâniens :

I : Pas de trouble de l'odorat

II : Pas d'atteinte des champs visuels

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un réflexe photo-moteur présent

IV : Pas de diplopie verticale

V : Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieurs de la langue conservée, une

mastication normale

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

VII : Pas de paralysie, visage symétrique, le patient peut serrer les yeux, sourire et gonfler les joues.

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdit (N. cochléaire)

Pas de vertige ni de déviation des index (N. vestibulaire)

IX : Réflexe nauséux présent et absence de gnéologie

X : Pas de troubles de la phonation

XI : élévation et abaissement des paupières possibles : évaluation du muscle trapèze

rotation-flexion extension de la tête possible

Conclusion :

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 ans ayant comme antécédent une gastrite, une douleur abdominale récurrente qui vient consulter pour des vomissements, une douleur abdominale intense et généralisée et un pyrosis chez qui l'examen clinique trouve des signes de déshydratation et une sensibilité péri-ombilicale. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Hypothèses :

- Gastrite à HP : (+) vomissement, douleur abdominale, pyrosis
- Gastro-entérite aiguë : (+) vomissement et douleur abdominale
- Déshydratation 5% : (+) yeux cernés, perte de poids, vomissement
- Diabète inaugural : (+) vomissement + douleur abdominale
- MICI : (+) la chronicité des symptômes, douleurs abdominales et vomissement

Bilan biologique

Inflammatoire : NFS , CRP , VS , procalcitonine , Calprotectine, ionnogramme , Examen parasitologique des selles

On a que les résultats de l'ionnogramme :

Ionnogramme : Na⁺ : 135mmol/l ; K⁺ : 4.1mmol/l ; Cl⁻ : 106mmol/l ; réserves alcalines : 12mmol/l ; protéines : 64g/l ; glycémie : 0.53g/l ; urée : 0.29g/l ; créatinine : 5.57mg/l ; phosphore : 49mg/l ; AU : 114mg/l ; CRP : 3.4mg /L

Bilan radiologique

Echographie abdominale

fibroscopie œso gastro-duodénale

coloscopie

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Jaabour ghita	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Jabbour Ghita	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité:

Il s'agit de Ghita J. , âgée de 6 ans, née le 03/04/2015, 2ème d'une fratrie de 3, originaire et habitant à Trabat et bénéficiaire d'une couverture à la CNOPS.

Motif d'hospitalisation: fièvre

Antécédents:

- Familiaux:

Pas de consanguinité

Mère âgée de 35 ans, employée de bureau, G3P3, pas d'antécédents particuliers

Père âgé de 35 ans, fonctionnaire, sans antécédents notables

Pas d'antécédents toxiques chez les parents.

Fratrie de 3: une sœur âgée de 9 ans et un frère âgé de 4 ans sans antécédents particuliers.

Absence d'autres maladies héréditaires.

- Personnels:

Période prénatale: grossesse bien suivie sans complication majeure

Période prénatale: césarienne sur utérus cicatriciel, pas de notion de souffrance fœtale

Période post natale: bonne adaptation à la vie extra-utérine.

- vaccination: jour, dernier vaccin 5 ans

- mode d'alimentation: allaitement maternel exclusif, diversification à partir de 6 mois

bon développement psycho moteur

Bon développement staturo pondéral

Antécédents médicaux: un épisode d'infection urinaire en juin 2021, avec fièvre et douleurs abdominales généralisées.

Pas d'autres antécédents notables.

HDM:

Le dbut de la symptomatologie remonte il y a 1 semaine par l'apparition d'une fièvre 39°C répondant aux antipyrétiques, s'accompagnant de douleurs abdominales généralisées et de céphalées. Sans troubles digestifs ou urinaires associés. La symptomatologie s'est aggravée 4 jours plus tard par une fièvre 40°C ne cédant pas au paracétamol.

Le tout évoluant dans un contexte d'alimentation de l'état général avec anorexie, asthénie et amaigrissement (chiffre 1 kg en 1 semaine)

Examen clinique (fait le 4 de l'admission)

Examen général:

Le patient est conscient et bien orienté dans le temps et l'espace.

Ses conjonctives sont décolorées. Sa peau et ses extrémités sont normalement colorées

Sa fréquence cardiaque est 94 batt/min

Sa fréquence respiratoire est 30 cycles/min

Sa température est 37,4 degrés Celsius

Poids : 29 kg

Taille: 132 cm

IMC : 16,6

Examen de l'abdomen :

Inspection:

Pas de cicatrice, de voussure ou de trouble de respiration abdominale.

Palpation:

Pas de sensibilité, de défense, de contracture.

Pas de globe vésical.

Pas de contact lombaire

Pas de splénomégalie et pas d'hépatomégalie

Les orifices herniaires sont libres.

Percussion:

Sonorité abdominale normale

Auscultation:

Les bruits hydro-aériques sont présents et non exagérés

Examen cardio-vasculaire:

Inspection:

Thorax est d'aspect normal et symétrique

Pas de pleur, de cyanose ou d'ictère notable.

Pas d'hyperpulsabilité des artères carotides

Pas de turgescence des veines jugulaires

Palpation:

Pas de frémissement au niveau des foyers

Pas de reflux hépato jugulaire

Auscultation:

B1 et B2 sont bien perçus en absence de souffle ou de bruits surajoutés

Les pouls carotidiens, épitrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplités et pédieux sont présents et symétriques.

Examen pleuro-pulmonaire:

Inspection:

La morphologie du thorax est normale: pas de distension du thorax, pas de déformation squelettique.

Absence de cicatrices, de lésions.

Pas de signes de lutte respiratoire

Absence de cyanose, d'empâtement digital.

Absence de stridor ou de cornage.

Palpation:

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs de façon symétrique

Pas d'adénopathies périphériques.

Percussion:

La sonorité pulmonaire est normale dans les deux champs de façon symétrique : Thorax sonore à la percussion

Auscultation:

Le murmure vésiculaire est perçu normalement dans les deux champs de façon symétrique

Pas de râles

Examen osseux:

Inspection:

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité.

Palpation:

Absence de masse.

Absence de douleur à la palpation.

Pas de raideur ou de raideur.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Examen des aires ganglionnaires:

Inspection : pas de déformation, de fistulisation, de cicatrice, teguments normalement colorés, pas de pleur, d'ictère ou de cyanose.

Cervicales: les aires sous mentonnière, sous maxillaire, parotidienne, pré-tragienne, mastoïdienne, occipitale, cervicale antérieure, sus-claviculaire et cervicale postérieure sont libres.

Axillaires: L'aire axillaire est libre

Les aires pectorales et inguino-crurales sont libres.

Examen neurologique :

Score de Glasgow: 15/15

Examen de la marche :

Le patient marche en ligne droite et en tandem sans difficultés

Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Examen de la station debout :

Conservation du polygone de sustentation

Signe de Romberg négatif

Examen de la force musculaire :

Globale: Le patient tient le Barr et le Mingazzini

Segmentaire: Force musculaire conservée au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Examen du tonus musculaire :

Normal: Pas d'hypertonie ou d'hypotonie

Ballants des articulations distales présents

Examen des réflexes :

OSTEO TENDINEUX : Rflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservs

Examen de la coordination motrice :

Manuvre doigt / nez au MS conserve

Manuvre talon / genou au MI conserve

Examen des sensibilit :

Superficielle, tactile conserves

Lexamen des nerfs crniens :

I : Pas de trouble de l'odorat

II : Pas de atteinte des champs visuels

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un rflexe photo-moteur prsent

IV: Pas de diplopie verticale

V : Sensibilit de la face et thermo-algique des 2/3 antrieur de la langue conserve et une mastication normale

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

VII : Pas de paralysie, visage symtrique, le patient peut serrer les yeux, sourire et gonfler les joues.

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdit (N. cochlair)

Pas de vertige ni de dviation des index (N. vestibulaire)

IX : Rflexe nausieux prsent et absence de gnralisation

X : Pas de troubles de la phonation

XI : l'levation et l'abaissement des paules possibles: valuation du muscle trapze

rotation-flexion extension de la tte possible

Conclusion:

Il s'agit d'une patiente g de 6 ans, ayant pour antcdent un pisode d'infection urinaire, qui consulte pour une fivre et dont l'examen clinique est sans particularit.

Diagnostics a retenir :

Mningite: (+) fivre, cphales

(-) pas de signes neurologiques l'examen

Infection urinaire: (+) fièvre, douleurs abdominales

(-) pas de signes urinaires

Examens complémentaires:

Biologiques : NFS, CRP, procalcitonine, ionogramme (urée, créatinine, natrémie, kaliémie) BU/ECBU, ionogramme, hémoculture

Résultat des examens:

Bilan du 01/10/2021 aux urgences

NFS : Hb = 11,04g/dl Hématocrite : 34,6% VGM = 80,8 u³ TCMH : 25,80g/dl CCMH : 31,9g/dl PLT : 400000/mm³ GB = 25890/ul

PNN : 80,66% (20883/mm³) lymphocytes : 12,22% (3164/mm³) monocytes : 6,86% (1776/mm³)

CRP : 149,7mg/l

Urée : 0,17 g/L , créatinine: 5,52 mg/L

ECBU : infection *Klebsiella pneumoniae*

Bilan fait le 05/10/2021:

CRP: 53,1 mg/L

Diagnostic retenu après examen:

Pyléphrite aiguë

Traitement administré à l'enfant:

Triaxon 800mg/12h IV

Genta 90mg/j

Perfalgon 500mg/6h en cas de pic fébrile

Bonne évolution sous traitement

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : amajoud karim	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : amajoud karim	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit:

Il sagit de Lenfant mohamed Amajoud karim, g de 14 ans et demi (n le 20/03/2007), de sexe masculin 2 me dune fratrie de 4, originaire et habitantAgadir, assur par CNSS

Motif dhospitalisation: strabisme divergent gauche.

Antcdents:

- Familiaux:

Pas de consanguinit

Mre ge de 37 ans, femme au foyer, G5P4, pas dantcdents particuliers

Pre g de 43 ans, reprsentant commercial, diabtique type 2

Pas dhabitudes toxiques chez les parents.

Frre g de 11 ans(RAS)

Sur de 4 ans (syndrome de Golden-har)

Sur de 2 ans (RAS)

Absence de maladies hrditaires.

- Personnels:

Priode prnatale:

- grossesse bien suivie, sans complications meneterme

Priode Prinatale :

- accouchement par voie basse, sans notion de souffrance ftale.

Priode post-natale :

- Bonne adaptationla vie extra-utrine sans particularit

- Mode dalimentation : allaitement maternel jusqu lge d1 an, diversification6 mois.

- vaccinationjour

- Croissance staturo-pondrale : Bonne croissance

- Dveloppement psychomoteur et scolaire normal

Mdicaux:

- Asthme contrl bien suivi sous ventoline (BDSD).
- Amygdalectomie de 4 ans
- Anmie ferriprive de 3 ans et de 7 ans trait par une supplmentation en fer

HDM:

Le dbut de la symptomatologie remonte fin juillet par l'installation d'un strabisme divergent gauche, une diplopie horizontale, un scotome mobile, des cphales modres localises du ct gauche, une photophobie, une phonophobie et un pyrosis.

Ceci est aggrav un mois plus tard par l'apparition d'une crise pileptique gnralis de type grand mal de 30min, avec des troubles de mmoire et de concentration, le tout voluant dans un contexte d'apyrexie, d'asthnie avec conservation de l'tat gnral

Examen clinique (fait j3 de l'admission)

Examen gnral:

Le patient est conscient, bien orient dans le temps et l'espace.

Ses conjonctives sont normo colors.

Sa frquence cardiaque est 90 battements /min normale

Sa frquence respiratoire est 16 cycles/min eupnique

Sa temprature est 37,4 degrs Celsius normale

TA = 90/50 normo tendu

Poids : 45kg (- 1 d'viation standard)

Taille: 161cm (normal par rapport la courbe)

IMC : 17,4

Examen neurologique :

SGC = 15/15

Le patient prsente une boiterie la marche

Conservation du polygone de sustentation

Signe de Romberg ngatif

Examen de la force musculaire :

Globale: MS = normal

MI = Le patient ne tient pas le Barr et le Mingazzini du membre infrieur

Segmentaire: Force musculaire conserve au niveau des membres suprieurs, mais celle du membre infrieur tait difficilement l'isoler vu la raideur que le patient prsente

Absence de trouble cognitif

Absence de trouble de mmoire

Examen du tonus musculaire :

Normal: Pas d'hypertonie ou d'hypotonie

Ballant des articulations distales prsent

Examen des réflexes :

OSTEO TENDINEUX :

Réflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

Examen de la coordination motrice :

Manœuvre doigt / nez au MS conserve

Manœuvre talon / genou au MI conserve

Examen des sensibilités : Superficielle, tactile conservées

Examen des nerfs crâniens :

Pas de trouble de l'odorat

Le patient présente un strabisme divergent gauche + diplopie horizontale

Champs visuel gauche diminué

La Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieur de la langue conserve et une mastication normale

Pas de paralysie, visage symétrique, le patient rouvre les yeux, sourit et gonfle les joues.

Pas d'hypoacousie ni de surdité

Pas de vertige ni de déviation des index (N. vestibulaire)

Absence de gynécomastie

Pas de troubles de la phonation

Élevation et abaissement des épaules possibles: évaluation du muscle trapèze

rotation-flexion extension de la tête possible

Examen osseux:

Absence de déformations

Présence d'une raideur au niveau des genoux et de la hanche bilatéralement

L'aspect cutané est sans particularité.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité.

Absence de masse.

Absence de douleur à la palpation.

Examen de l'abdomen :

Inspection:

Pas de cicatrice, de voussure ou de trouble de respiration abdominale.

Palpation:

Pas de sensibilité, de défense ou de contracture.

Pas de globe vésical.

Pas de contact lombaire

Pas d'hépatosplénomégalie

Percussion:

Sonorit abdominale normale

Auscultation:

Les bruits hydro-aériques sont présents et non exagérés

Examen cardio-vasculaire:

Inspection:

Thorax est d'aspect normal et symétrique

Pas de pleur, de cyanose

Pas d'hyperpulsabilité des artères carotides

Pas de turgescence des veines jugulaires

Palpation:

Pas de frémissement au niveau des foyers

Pas de reflux hépato-jugulaire

Auscultation:

B1 et B2 sont bien perçus en absence de souffle ou de bruits surajoutés

Les pouls carotidiens, pitrocléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplités et pédieux sont présents et symétriques.

Examen pleuropulmonaire:

Inspection:

La morphologie du thorax est normale: pas de distension du thorax, pas de déformation squelettique.

Absence de cicatrices

Pas de signes de lutte respiratoire

Absence de cyanose, d'hyppocratisme digital.

Absence de stridor ou de cornage.

Palpation:

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs de façon symétrique

Percussion:

La sonorité pulmonaire est normale dans les deux champs de façon symétrique : Thorax sonore à la percussion

Auscultation:

Le murmure vésiculaire est perçu normalement dans les deux champs de façon symétrique

Pas de râles

Examen des aires ganglionnaires:

Inspection : pas de déformation, de fistulisation, de cicatrice, téguments normalement colorés, pas de pleur, d'ictère ou de cyanose.

Cervicales: les aires sous mentonnière, sous maxillaire, parotidienne, pré-tragienne, mastoïdienne, occipitale, cervicale antérieure, sus-claviculaire et cervicale postérieure sont libres.

Axillaires: Laire axillaire est libre

Les aires pitrochienne et inguino-crurales sont libres.

Conclusion clinique :

Il s'agit d'un patient g de 14 ans et demi sans antécédents notables qui consulte pour un strabisme divergent gauche, chez qui l'examen clinique affirme ce strabisme, et trouve une diminution du champ visuel gauche et une raideur des genoux et de la hanche

Diagnostic voquer :

Mcanisme tumorale : Tumeur crbrale: (gliome, lymphome)

(+) atteinte nerfs crniens: troubles visuels, pilepsie, trouble de la mmoire, diplopie horizontale, flous, scotomes

Mcanisme infectieux : encphalite

(+) troubles visuels, pilepsie

(-) pas de fièvre, maux de tête modr, chronicité

HTIC :

(+) cphales, photophobie

(-) pas de vomissements

Examens complémentaires:

Biologiques : NFS Du 04/10/2021 (Hb = 12.8g/dl VGM= 84u; TCMH=27pg; CCMH= 32.7g/dl; **GB= 16760/ul; PNN 78% (13168/mm3); lymphocytes 14%; monocyte 14%; plaquette 274000/mm3**)

AFP 1, 3 bilan inflammatoire

Radiologiques :

- **IRM crbrale**: 09/08/21 présence d'un processus lésionnel ncros profond parito-occipital droit englobant le carrefour ventriculaire postérieur, la corne occipitale droite et la queue de l'hippocampe avec une deuxième localisation nodulaire profonde thalamique gauche et pendymaire du recessus postro inférieur du 3ème ventricule

Aspect morphologique et spectroscopique (pic de choline) voquant en premier un lymphome crbral

Le diagnostic de gliome de haut grade reste probable

Elargissement modr du systme ventriculaire sus tensoriel

- **IRM mdullaire** 15/09/21: sans particularité

- Après les résultats de l'IRM une **Biopsie** a été réalisée le 27/08/21: remaniements inflammatoires granulomateux avec présence de cellules atypiques de grande taille et dont l'étude immunohistochimie de phénotype a trouvé: **une tumeur germinale sminomateuse**

- CAT: bilan d'extension + échocoeur

Diagnostic:

Séminome crbral, non sécrétant et non métastatique, 1ère cure de chimiothérapie du protocole << SIOP CNS GCT 2>> (Etoposide Carboplatine) a été bien tolérée

Evolution:

2ème cure de chimiothérapie sous le même protocole le 05/10/2021:

- Etoposide

- Holoxan

- Traitement mtisant: ondansetron + solumedrol

- Hyperhydratation: Mesna

Traitement de sortie:

SortieJ5 DE LA CURE, le 09/10/2021 sous

- Neupogen 1 ampoule en sous cutan/j pendant 5jour

- Soins de bouche avec du daktarin gel, etudril, et srum bicarbonat

- Recommandations des mesures d'hygiène pour prévenir une éventuelle infection

- Conseils diététiques

Rendez-vous le 25/10/2021 pour la 3^{me} cure de chimiothérapie (si l'état clinique et la NFS le permettent)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : SANBA MOHAMMED AMINE		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Sanba Mohammed Amine		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		
Présentation			

lexamen clinique, les lsions cutanes sont moins apparentes.

=> baisse de la CRP

33mg/L

CRP: (14/10/2021)

Bonne volution sous traitement :

**Doxycycline 1cp de 100mg 2x/jour pendant 57 jourParacetamol en cas de pic
fbrile**

Traitement:

Diagnostic aprs rsultats des examens complmentairesRickettsiose

=> oriente vers une infection

45,1 mg/l

=> lgre anmie, thrombopnie a surveiller, lymphopeniCRP : (11/10/2021)

**PNN : 78,72% (5065/mm³) lymphocytes : 13,05% (840/mm³)monocytes : 7,29%
(469/mm³)**

**Hb = 12,68g/dl Hematocrite : 39,5% VGM = 84 u³ TCMH : 27g/dlCCMH : 32,1g/dl PLT :
128000/mm³ GB = 6434/ul**

NFS : (11/10/2021)

Résultats des examens complémentaires:

NFS, CRP, procalcitonine, sérologie rickettsiose

Examens complémentaires:

(-) pas d'arguments contre

(+) Lésions cutanées globales, diarrhées et vomissements J2 de traitement

Toxicité médicamenteuse:

Rougeole: (+) éruption maculeuse, fébrile (-) pas d'arguments contre

(-) pas d'arguments contre

rickettsiose: (+) éruption cutanée de macule sur l'ensemble du corps et palmoplantaire, fièvre 39°C, arthralgie, notion de contact récent avec un chien (animal de compagnie)

Diagnostique à évoquer :

cutané de tout le corps à J2 de la fièvre et dont l'examen clinique révèle une éruption cutanée de macule rose sur l'ensemble du corps, non prurigineuses ainsi qu'une fissure médiane de la langue et une difficulté à effectuer la marche en tandem.

Il s'agit d'un patient âgé de 14 ans, sans antécédents notables, qui consulte pour une fièvre 39°C accompagnée de douleurs abdominales, de diarrhées et vomissements, de céphalées, d'arthralgies et d'une éruption

Conclusion :

rotation-flexion extension de la tête possible

XI : élévation et abaissement des paupières possibles : évaluation du muscle trapèze

IX : Réflexe nauséux présent et absence de gégène de déglutition X : Pas de troubles de la phonation

Pas de vertige ni de déviation des yeux (N. vestibulaire)

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdité (N. cochléaire)

VII : Pas de paralysie, visage symétrique, le patient peut serrer les yeux, sourire et gonfler les joues.

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

V : Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieur de la langue conservée et une mastication normale

IV : Pas de diplopie verticale

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un réflexe photo-moteur présent

II : Pas d'atteinte des champs visuels

I : Pas de trouble de l'odorat

Superficielle, tactile conservée. Examen des nerfs crâniens :

Examen des sensibilités :

Manœuvre doigt / nez au MS conservée Manœuvre talon / genou au MI conservée

Examen de la coordination motrice :

OSTEO TENDINEUX : Réflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

Examen des réflexes :

Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie. Ballants des articulations distales présents

Examen du tonus musculaire :

Segmentaire : Force musculaire conservée au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Globale : Le patient tient le Barr et le Mingazzini

Examen de la force musculaire :

Conservation du polygone de sustentation. Signe de Romberg négatif

Examen de la station debout :

Il effectue la marche en tandem avec difficultés Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Le patient marche en ligne droite

Score de Glasgow : 15/15 Examen de la marche :

Les aires pectorales et inguino-crurales sont libres Examen neurologique :

Axillaires : L'aire axillaire est libre

antérieure, sus-claviculaire et cervicale postérieure sont libres.

Inspection : pas de déformation, de fistulisation, de cicatrice, teguments normalement colorés, pas de pleur, d'ictère ou de cyanose Cervicales : les aires sous mentonnière, sous maxillaire, parotidienne, pré-tragienne, mastoïdienne, occipitale, cervicale

Examen des aires ganglionnaires :

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Absence de douleur à la palpation Pas de raideur ou d'ankylose.

Absence de masse.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité Palpation :

L'aspect cutané est sans particularité.

Pas de déformations

Inspection :

Examen osseux :

Pas de rles

Le murmure vsiculaire est peru normalement dans les deux champde faon symtrique

Auscultation :

La sonorit pulmonaire est normale dans les deux champs de faon symtrique : Thorax sonore la percussion

Percussion :

Pas dadnopathies priphriques.

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs dfaon symtrique

Palpation :

Absence de cyanose, dhippocratisme digitalAbsence de stridor ou de cornage.

Absence de cicatrices, de lsionsPas de signes de lutte respiratoire

La morphologie du thorax est normale : pas de distension du thoraxpas de dformation squelettique.

Inspection :

Examen pleuro-pulmonaire :

Les pouls carotidiens, epitrochlens, radiaux, cubitiaux, fmorauxpoplits et pdieux est sont prsents et symtriques.

B1 et B2 sont bien perus en absence de souffle ou de bruitsurajouts

Auscultation :

**Pas de frémissement au niveau des foyers Pas de reflux hépato
jugulaire**

Palpation :

**Thorax est d'aspect normal et symétrique Pas de pleur, de
cyanose ou d'ictère notable Pas d'hyperpulsabilité des artères
carotides Pas de turgescence des veines jugulaires**

Inspection :

Examen cardio-vasculaire :

Les bruits hydro-aériques sont présents et non exagérés

Sonorité abdominale normale Auscultation :

Percussion :

**Pas de splénomégalie et pas d'hépatomégalie Les orifices herniaires
sont libres.**

Pas de contact lombaire

Pas de sensibilité, de défense, de contracture Pas de globe vésical.

Pas de cicatrice, de voussure ou de trouble de respiration abdominale Palpation :

Inspection :

Examen de l'abdomen :

**Poids : 45kg (dans la moyenne d'âge) Taille: 1m50
(-1DS)**

**Sa fréquence cardiaque est 90 batt/min, le patient est normocarde Sa fréquence respiratoire est 18
cycle/min, le patient est eupnéique Sa température est 37°C, il est apyrétique**

Sa peau, ses yeux et ses extrémités sont normalement colorés. Lésions cutanées sur l'ensemble du corps en particulier palmoplantaire, type de macules roses non prurigineuses. Fissure médiane de la langue.

Patient asthénique, conscient et bien orienté dans le temps et l'espace

Examen clinique: (réalisé à l'admission) Examen général:

Altération de l'état général avec fièvre 39°C, une asthénie et une anorexie. Sans amaigrissement

La symptomatologie s'est aggravée 2 jours plus tard par un retour des symptômes initiaux avec des douleurs abdominales, une diarrhée, des arthralgies et une éruption cutanée généralisée non prurigineuse. Le tout évoluant dans un contexte

Il a été traité par l'association amoxicilline/acide clavulanique avec un traitement corticoïdes (prednisolone).

Apparition d'une fièvre à 39°C, accompagnée de céphalées constantes, globales et de vomissements alimentaires postprandiaux.

Le début de la symptomatologie remonte au jeudi dernier par

Notion d'animal de compagnie (chien domestique) Histoire de la maladie:

Antécédents médicaux: hospitalisation 5 mois pour une otite. Hospitalisation 9 ans pour une méningite. Un épisode de sinusite en 2020 traité en ambulatoire.

Période post natale: bonne adaptation à la vie extra utérine. Sans particularité

Période prénatale: grossesse bien suivie, sans complications Période périnatale: Accouchement par voie basse, pas de notion de souffrance fœtale.

Antécédents personnels:

Pas d'antécédents familiaux notables

Fratrie : sur un garçon de 18 ans et un frère de 9 ans en bonne santé sans antécédents particuliers.

Mère âgée de 51 ans, G3P3, pas d'antécédents particuliers Père âgé de 50 ans, suivi pour un

diabète de type 2 depuis 1 an.

Pas de consanguinité

Motif d'hospitalisation: ruption cutanée fébrile Antécédents familiaux:

Il s'agit du patient Mohamed Amine SANBA, âgé de 14 ans, né le 04/01/2007, originaire et résident à Rabat, 2^{ème} d'une fratrie de 3 enfants, titulaire d'une couverture chez Wafa assurance.

Identité:

À l'examen clinique, les lésions cutanées sont moins apparentes.

=> baisse de la CRP

33mg/L

CRP: (14/10/2021)

Bonne évolution sous traitement :

Doxycycline 1cp de 100mg 2x/jour pendant 57 jours Paracétamol en cas de pic fébrile

Traitement:

Diagnostic après résultats des examens complémentaires Rickettsiose

=> orienté vers une infection

45,1 mg/l

=> légère anémie, thrombopénie à surveiller, lymphopénie CRP: (11/10/2021)

PNN : 78,72% (5065/mm³) lymphocytes : 13,05% (840/mm³) monocytes : 7,29% (469/mm³)

Hb = 12,68g/dl Hématocrite : 39,5% VGM = 84 u³ TCMH : 27g/dl MCHC : 32,1g/dl PLT : 128000/mm³ GB = 6434/ul

NFS : (11/10/2021)

Résultats des examens complémentaires:

NFS, CRP, procalcitonine, sérologie rickettsioses

Examens complémentaires:

(-) pas d'arguments contre

(+) lésions cutanées globales, diarrhées et vomissements J2 début traitement

Toxicité médicamenteuse:

Rougeole: (+) éruption maculeuse, fébrile (-) pas d'arguments contre

(-) pas d'arguments contre

rickettsioses: (+) éruption cutanée de macule sur l'ensemble du corps et palmoplantaire, fièvre 39°C, arthralgies, notion de contact récent avec un chien (animal de compagnie)

Diagnostique à évoquer :

cutané de tout le corps à J2 de la fièvre et dont l'examen clinique révèle une éruption cutanée de macule rose sur l'ensemble du corps, non prurigineuses ainsi qu'une fissure médiane de la langue et une difficulté à effectuer la marche en tandem.

Il s'agit d'un patient âgé de 14 ans, sans antécédents notables, qui consulte pour une fièvre 39°C accompagnée de douleurs abdominales, de diarrhée et vomissements, de céphalées, d'arthralgies et d'une éruption

Conclusion :

rotation-flexion extension de la tête possible

XI : élévation et abaissement des paupières possibles : évaluation du muscle trapèze

IX : réflexe nauséux présent et absence de gynéclavie X : Pas de troubles de la phonation

Pas de vertige ni de déviation des yeux (N. vestibulaire)

VIII : Pas d'hypoacousie ni de surdité (N. cochléaire)

VII : Pas de paralysie, visage symétrique, le patient peut serrer les yeux, sourire et gonfler les joues.

VI : Pas de diplopie horizontale ni de strabisme convergent

V : Sensibilité de la face et thermo-algique des 2/3 antérieur de la langue conserve et une mastication normale

IV : Pas de diplopie verticale

III : Pas de strabisme ni de diplopie verticale ou horizontale, avec un reflexe photo-moteur présent

II : Pas de atteinte des champs visuels

I : Pas de trouble de l'odorat

Superficielle, tactile conserve Examen des nerfs crâniens :

Examen des sensibilités :

Manuvre doigt / nez au MS conserve Manuvre talon / genou au MI conserve

Examen de la coordination motrice :

OSTEO TENDINEUX : Reflexes bicipital, stylo radial, tricipital et rotulien sont conservés

Examen des reflexes :

Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie Ballants des articulations distales présent

Examen du tonus musculaire :

Segmentaire : Force musculaire conserve au niveau des 4 membres (5/5 au testing musculaire)

Globale : Le patient tient le Barr et le Mingazzini

Examen de la force musculaire :

Conservation du polygone de sustentation Signe de Romberg ngatif

Examen de la station debout :

Il effectue la marche en tandem avec difficultés Le demi-tour est complet, il n'est pas décomposé

Le patient marche en ligne droite

Score de Glasgow : 15/15 Examen de la marche :

Les aires pectorales et inguino-crurales sont libres Examen neurologique :

Axillaires : L'aire axillaire est libre

Antérieure, sus-claviculaire et cervicale postérieure sont libres.

Inspection : pas de déformation, de fistulisation, de cicatrice, teguments normalement colorés, pas de pleur, d'ictère ou de cyanose Cervicales : les aires sous mentonnière, sous maxillaire, parotidienne, pré-tragienne, mastoïdienne, occipitale, cervicale

Examen des aires ganglionnaires :

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Absence de douleur à la palpation Pas de raideur ou d'ankylose.

Absence de masse.

Les reliefs osseux et tendino-musculaires sont sans particularité Palpation :

L'aspect cutané est sans particularité.

Pas de déformations

Inspection :

Examen osseux :

Pas de rhes

Le murmure vésiculaire est perçu normalement dans les deux champs de façon symétrique

Auscultation :

La sonorité pulmonaire est normale dans les deux champs de façon symétrique : Thorax sonore à la percussion

Percussion :

Pas de pathologies périphériques.

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs de façon symétrique

Palpation :

Absence de cyanose, d'œdème digital Absence de stridor ou de crépitation.

Absence de cicatrices, de lésions Pas de signes de lutte respiratoire

La morphologie du thorax est normale : pas de distension du thorax pas de déformation squelettique.

Inspection :

Examen pleuro-pulmonaire :

Les pouls carotidiens, épitrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux poplités et pédieux sont présents et symétriques.

B1 et B2 sont bien perçus en absence de souffle ou de bruits anormaux

Auscultation :

Pas de crépitation au niveau des foyers Pas de reflux hépatojugulaire

Palpation :

Thorax est d'aspect normal et symétrique Pas de pleur, de cyanose ou de cret notable Pas d'hyperpulsabilité des artères carotides Pas de turgescence des veines jugulaires

Inspection :

Examen cardio-vasculaire :

Les bruits hydro-aériques sont présents et non exagérés

Sonorité abdominale normale **Auscultation :**

Percussion :

Pas de splénomégalie et pas d'hépatomégalie Les orifices herniaires sont libres.

Pas de contact lombaire

Pas de sensibilité, de défense, de contracture Pas de globe vésical.

Pas de cicatrice, de voussure ou de trouble de respiration abdominale **Palpation :**

Inspection :

Examen de l'abdomen :

Poids : 45kg (dans la moyenne d'âge) Taille: 1m50 (-1DS)

Sa fréquence cardiaque est 90 batt/min, le patient est normocarde Sa fréquence respiratoire est 18 cycle/min, le patient est eupnéique Sa température est 37°C, il est apyrétique

Sa peau, ses yeux et ses extrémités sont normalement colorés Lésions cutanées sur l'ensemble du corps en particulier palmoplantaire, type de macules roses non

prurigineuses Fissure médiane de la langue.

Patient asthénique, conscient et bien orienté dans le temps et l'espace

Examen clinique: (réalisé à l'admission) Examen général:

évaluation de l'état général avec fièvre 39°C, une asthénie et une anorexie. Sans amaigrissement

La symptomatologie s'est aggravée 2 jours plus tard par un retour des symptômes initiaux avec des douleurs abdominales, une diarrhée, des arthralgies et une éruption cutanée généralisée non prurigineuse. Le tout évoluant dans un contexte

Il a été traité par l'association amoxicilline/acide clavulanique avec un traitement corticoïdes (prednisolone).

l'apparition d'une fièvre à 39°C, accompagnée de céphalées constantes globales et de vomissements alimentaires postprandiaux.

Le début de la symptomatologie remonte au jeudi dernier par

Notion d'animal de compagnie (chien domestique) Histoire de la maladie:

Antécédents médicaux: hospitalisation 5 mois pour une otite. Hospitalisation 9 ans pour une méningite. Un épisode de sinusite en 2020 traité en ambulatoire.

Période post natale: bonne adaptation à la vie extra-utérine. Sans particularité

Période prénatale: grossesse bien suivie, sans complications Période périnatale: Accouchement par voie basse, pas de notion de souffrance fœtale.

Antécédents personnels:

Pas d'antécédents familiaux notables

Fratrie : survenue de 18 ans et frère âgé de 9 ans en bonne santé sans antécédents particuliers.

Mère âgée de 51 ans, G3P3, pas d'antécédents particuliers Père âgé de 50 ans, suivi pour un diabète de type 2 depuis 1 an.

Pas de consanguinit

Motif dhospitalisation: ruption cutane fbrilAntcdents familiaux:

Il sagit du patient Mohamed Amine SANBA, g de 14 ans , n le 04/01/2007 , originaire et rsidentRabat , 2me dune fratrie de 3 ebnficiaire dune couverture chez Wafa assurance.

Identit:

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi