



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 12 Cycle 2 **Stage clinique**

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A2

Niveau 3 : M4-A2-1

Service D'affectation : REA-NEONATALE

Date debut de stage: 18-10-2021

Date fin de stage: 21-11-2021

Réalisé par : BOUNJA GHIZLANE

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : bébé de Fatima Zahra Liamani		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT : 1576595		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : bébé de fatima zahra liamani		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

IPP: 1576595

Identit

: Bb de madame Fatima Zahra Liamani ne le 24/10/2021, de
 sexe fminin, a 37 semaines damnorrhe, originaire et habitanteTanger, non
 assure

Motif dadmission : Dtresse respiratoire

Antcdents :

Familiaux

La mre :

Age de 30 ans

G1P1

Groupe sanguin et Rhésus : B+

Pas de maladie
chronique

Pas de diabète
gestationnel

Pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

Pas d'infection urinaire (ECBU stérile),
pas de rupture prématurée des membranes, pas de fièvre
(37,8)

Grossesse bien suivie

Le père :

Ag de 35 ans,

Pas d'antécédents particuliers.

Pas de notion de consanguinité entre les parents

Aucune Maladie

génétique dans la famille.

Personnels

Période anténatale

Bonne grossesse

bien suivie avec 3

consultations et 3 échographies (dernier

échographie: détection d'un hyperhydramnios)

Un retard de croissance intra-utérin

Période périnatale (accouchement)

Accouchement 37 SA et par césarienne

À la naissance

APGAR : 8/

10/10 après stimulation et aspiration : mauvaise adaptation à la vie extra-utérine

Mode d'alimentation

Parentérale par voie centrale ombilicale

Histoire de la maladie:

Le début de la symptomatologie remonte à la naissance par une détresse respiratoire immédiate, un score de Silverman 5 avec un tirage sus-sternal,

un entonnoir xiphodien et un

balancement thoraco-abdominal avec une

hyper-salivation le tout évoluant dans un contexte de pyrexie.

Examen clinique: J2 de l'admission

(le 25/10/2021)

Examen gnral

Lgrement ictrique

Une Malformation congntale de
lorelle

Une Paralysie faciale gauche

Hmodynamique :

Frquence cardiaque
= 144 bpm (normal)

SaO₂ = 100 % sous oxygne (1L)

Frquence respiratoire = 64 cycles/
min (lgrement polypnique)

score de Silverman: 5

Poids= 2 kg 350

Taille = 47 cm

primtre crnien

= 34 cm : Normal

Examen pleuropulmonaire

Inspection:

Signes de lutte respiratoire :

Tirage sus sternal

Entonnoir xiphodien

Pas de dformation du thorax

Auscultation:

Perception

des rles crpitant

Examen cardiovasculaire

Inspection:

Pas de dformation du thorax

Pas de circulation veineuse
collatrale

Absence
ddme des membres inferieurs

Pas
de cyanose

Palpation:

Choc de pointe bien peru

Examen des pouls normal
: fmoraux, radiaux

Temps de recoloration normale

Auscultation:

B1 et B2 bien perus

Pas de bruit surajouts

Pas de soue audible

Examen de l'appareil abdominal

Inspection:

Abdomen symtrique

Pas de voussure

Pas de distension abdominale

Pas de cvc

Palpation:

Abdomen souple

Pas de masse palpable

Pas de SMG ni de HMG

Aires

herniaires libre

Absence de

contact lombaire

Examen

uro-gnitale:

Pas

dambigut sexuelle

Des pertes

blanchtres: leucorrhe (crise
gnitales)

Pas de malformation

Pas de gonades

palpables

Les grandes

lvres daspect normal

Mconium avant

36 H

Pas dimperforation anale

Examen

locomoteur:

Bras droite

hypotonique reste en extension

Lexamen ne

trouve pas une luxation de la hanche

Absence de dformation

Examen

neurologique difficile à réaliser (le malade en réanimation)

Conclusion clinique

:

Le bébé de madame Fatima Zahra

Liamani né à terme par césarienne à 37 SA est admis

à l'hôpital Le même jour pour détresse

respiratoire immédiate. À l'examen clinique à son admission, on trouve

un nouveau-né subictérique, avec un score de Silverman

à 5/10 et des signes

de luttres respiratoires (tirage sus-sternal et entonnoir xiphodien),

des râles crépitants, avec une hyper-salivation

Diagnostic à évoquer devant la clinique :

1-

Détresse

respiratoire transitoire:

(+) signe de

lutte respiratoire

2- Infection materno-fœtale

(+) : signes

de lutte respiratoire, nouveau-né sub ictrique

(-):

pas d'infection récente, température 37,8, ECBU stérile

3- Inhalation du liquide amniotique

4- atresie de

œsophage

Examens complémentaires:

Bilan radiologique:

Radiographie thoracique à l'admission

Horizontalisation des côtes

Poumon distendu

Tube digestif aéré

Sonde bloquée dans le cul de sac de l'œsophage inférieur

Atresie de l'œsophage probablement de type 3

Bilan

biologique:

NFS, CRP (normale)

Gazométrie

Bilan de

malformation:

Echocardiographie:

Petit CIA shunt gauche-droit

ETF

ETT

chographie abdominale

chographie

rnale

Diagnostic retenu

ce stade:

atrsie de

lsophage stade 3

Prise en charge initiale:

Mise

en condition:

Sonde

gastrique

Alimentation parentrale

Oxygnothrapie

Le

traitement: une intervention chirurgicale qui a pour but de

rtablir la continuit de lsophage et de fermer la communication avec la

trache

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : bebe de Chokhman Meriem		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT : 1500831		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : bébé de Chokhman Meriem		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit

: Bb de madame Chokhman Meriem ne le 27/10/2021, de sexe masculin,37 semaines damnorrhe, originaire et habitanteRabat, non assure

Motif dadmission : ictre

nonatale

Antcdents :

Familiaux

La mre :

Age de 32 ans

G2P1

Fausse couche a 3mois

Polymyomectomie

Groupe sanguin et Rhésus : A+

Pas de maladie
chronique

Pas de diabète
gestationnel

Pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

Pas d'infection urinaire (ECBU stérile),
pas de rupture prématurée des membranes, pas de fièvre

Grossesse bien suivie

Le père :

Pas d'antécédents particuliers.

Pas de notion de consanguinité entre les parents

Aucune Maladie

génétique dans la famille.

Personnels

Période anténatale

Bonne grossesse

bien suivie avec 3

consultations et 3 échographies

Pas de détection

de malformations ou de maladies

génétiques en anténatal

Période périnatale (accouchement)

Accouchement 37 SA par césarienne

Liquide amniotique teint

APGAR: 10

Bonne adaptation à la vie extra utérine

Soins à la naissance : Injection vitamine

K en intramusculaire , collyre

antibiotique

Pas de malformations congénitales repérées

à la naissance (atresie des choanes, atresie de l'œsophage, indifférenciation sexuelle, luxation congénitale de la hanche, malformations anorectales)

Mode d'alimentation:

lait maternel

Histoire de la maladie:

Le dbut de la symptomatologie remonte le 28/10/2020 (j2 de la naissance)
par une ictere nonatale, avec des selles et urines normales ,sans signes
associes , le tout évoluant dans un
contexte d'hyperbilirubinémie.

Examen clinique: J2 de l'admission
(le 27/10/2021)

Examen général

Ictère sur un fond rose

Le bébé est en activité

Temps de recoloration normale

Pas de malformation congénitale

Hémodynamique :

Frquence cardiaque

= 144 BPM (normal)

Frquence respiratoire = 40 cycles/ min (

normal)

Poids= 3 kg700

Taille = 50 cm

primtre crnien

= 35 cm : Normal

Examen de l'appareil abdominal

Inspection:

Abdomen symtrique

Pas de voussure

Pas de distension abdominale

Pas de cvc

Palpation:

Abdomen souple

Pas de masse palpable

Pas de SMG ni de HMG

Aires

herniaires libre

Absence de

contact lombaire

Examen pleuropulmonaire

Inspection:

Absence de signes de lutte respiratoire :

Pas de déformation du thorax

Auscultation:

Perception

des murmures vésiculaires

Examen cardiovasculaire

Inspection:

Pas de déformation du thorax

Pas de circulation veineuse

collatérale

Absence

œdème des membres inférieurs

Pas

de cyanose

Palpation:

Choc de pointe bien peru

Examen des pouls normal

: fmoraux, radiaux

Auscultation:

B1 et B2 bien perus

Pas de bruit surajout

Pas de soue audible

Examen

uro-gnitale:

Pas

dambigut sexuelle

Pas de malformation

Pas danomalie

ni coulement

Pas danomalie

de scrotum ni la verge

Testicules en

place

Examen

de la marge anale:

Mconium avant

36 H

Pas dimperforation anale

Pas de

malformations anorectales

Examen

locomoteur:

Examen

bilatral comparatif

Lexamen ne

trouve pas une luxation de la hanche

Absence de

dformation

Examen de

rachis: pas de spina bifida ou autres pathologies

Examen

neurologique:

Tonicit: normale

+ tonus

passif:

Attitude de repos en flexion des quatres
membres

Ongle poplit

a 90%

+ Tonus actif:

- manuvre de tir assis

Reflexes archaques:

Marche

automatique : prsent

Moro

: prsent

Points

cardinaux : prsent

Succion

: present

Grasping : present

Examen

du crâne et de la face:

Fontanelle antérieure normalement ouverte

Primtre

crânien normal

Pas de

dysmorphie faciale

Pas de

fracture de la clavicule et sont symétriquement palpables

Conclusion clinique

:

Le bb de madame Chokhman

Meriem neterme par csarienne a 37 SA est admis

lhpital pour ictre nonatale. A lexamen cliniqueson admission, on trouve

un nouveau ne ictrique

sur un fond rose, sans signes

associes.

Diagnostic a voqu devant la clinique :

1-

Ictre nonatale

physiologique

(+): pas de signes associes

2- ictre cholstatique:

(-): selles et urines normales

3- Infection materno-ftale

(+) liquide teint

(-):

pas d'infection récente, CRP (5,8), pas de signe de détresse respiratoire, poche intacte.

4- incompatibilité materno-fœtale

(-) le groupe sanguin de la maman

est: A+

4- malformation

des voies biliaires

(-) absence de signes de cholestase.

5- hypothyroïdie

Examens complémentaires:

Bilan radiologique:

Echographie (pour éliminer la
malformation des voies biliaires)

Bilan biologique:

NFS

CRP (normale)

TSH

Test de coombs

Bilirubine

Diagnostic retenu

ce stade:

Ictre

nonatale physiologique

Traitement:

Aucun traitement nest ncessaire

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Kaemeni Julia royane	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Kaemeni Julia royane	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité : il s'agit de Karemeni Julia Royane âgée de 9 ans, de sexe féminin le 05/12/2012 habitante Rabat, non assurée.

Motif de consultation : douleur abdominale et vomissements

Antécédents :

Familiaux

La mère :

G5P5

37 ans

Pas de suivi pour maladie chronique quelconque

Pas de diabète gestationnel

Pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

Le père :

Pas d'antécédents particuliers.

40 ans

Pas de notion de consanguinité entre les parents

1 enfant d'une fratrie de 2; aucune pathologie notable.

Aucune Maladie génétique dans la famille.

Tante diabétique

Personnels:

Médicaux :

Pas de maladies digestives

Pas d'ATCD particuliers

Chirurgicaux: Jamais opr

Allergies: Ananas

Toxique:

Pas de notion de tabagisme actif ni passif dans la famille. Pas de notion d'alcoolisme dans la famille.

Histoire de la maladie :

Le début de la symptomatologie remonte au 30/11/2021 par l'installation brutale d'une douleur abdominale diffuse et très intense, associée à des vomissements de type alimentaires qui deviennent bilieux ainsi qu'une constipation, toux productive, céphalées, somnolence avec une polydipsie, une polyurie depuis un mois très abondante et nocturne. Le tout évoluant dans un contexte d'asthénie, d'aprexie et d amaigrissement chiffré par 10 kg.

Examen clinique:

Examen à l'admission:

Patiente polypnique, Respiration de Kussmaul

Tachycardie

TA pinc

Glycémie capillaire: 5g/l

FC: 147

Saturation: 100%

Examen général J2 de l'hospitalisation:

La patiente est consciente

Sa peau est sèche.

Les yeux sont creux et cernés

Une mauvaise odeur de l'haleine

Ses extrémités sont froides.

Ses conjonctives sont légèrement décolorées.

Sa fréquence cardiaque est 90 BATT/min

Sa fréquence respiratoire est 16 cycles/min

Sa température est 37,8

Sa tension artérielle: 80/60.

Poids : 33 kg

Taille: 132 cm

IMC : 18,9

Examen de l'abdomen :

Inspection:

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

Palpation:

Pas de sensibilité, de dfense ou de contracture.

Pas de globe vsical.

Pas de contact lombaire

Pas dhpatosplnomgalie

Percussion:

Sonorit abdominale normale

Auscultation:

Les bruits hydro-ariques sont prsents et non exagrs

Examen pleuro-pulmonaire:

Inspection:

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

Absence de cicatrices

Pas de signes de lutte respiratoire

Absence de cyanose, dhippocratisme digital.

Absence de stridor ou de cornage.

Palpation:

Les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs de faon symtrique

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 cardio-vasculaire:

Inspection:

Thorax est daspect normal et symtrique

Pas de pleur, de cyanose

Pas dhyperpulsabilit des artres carotides

Pas de turgescence des veines jugulaire

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, pérotrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplités et pédieux sont présents et symétriques.

Conclusion:

Il s'agit d'une patiente âgée de 9 ans sans antécédents notables qui consulte pour une douleur abdominale et des vomissements. Chez cet examen clinique, on trouve des signes de déshydratation, le reste de l'examen est sans particularité.

Diagnostics à évoquer :

Diabète type 1 :

(+): amaigrissement, le tableau bruyant.

COVID19 :

(+): la dyspnée, douleur abdominale, le contexte épidémique

Appendicite:

(+): douleur abdominale, vomissement

(-): pas de fièvre

Potomanie:

(+) polyurie polydipsie

(-) l'alatration de l'état générale

Examen para clinique:

BU: cc +++, glucose +++

Ionogramme:

Sodium: 148 mmol/l

Potassium: 4,8 mmol/l

Ure: 0,38 g/l

Créatinine: 16,49 mg/l

Phosphatases alcalines: 5 mmol/l (acidose métabolique)

Glycémie: 6,10 g/

CRP: 3,3 mg/l

NFS: GR: $4,8 \cdot 10^6$, HB: 14, 23 g/dl, hmatocrite: 42%, VGM: 86,6, TCMH: 29,40 pg CCMH: 33,9 g/dl plaquettes: 335 GB: 21960 (hyperleucocytose a PNN)

Lchographie: pour limiter l'appendicite

Radio thoracique: normale sans anomalie

Le diagnostic: décompensation acido-cétosique inaugurale d'un diabète de type 1

Traitement:

Réhydratation:

SS 9% 10 CC/KG/H x 2H

SG 10% 3L/M²/24H

INSULINE 0,1 UI/KG/H

Remplissage: SS 0,9% 20 CC/KG EN FLASH

Evolution:

Le patient a été perfusé pendant 48 h avec une insulinothérapie sous-cutanée.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : bébé de Elkhoun Meryem	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : bebe de Elkohen Meryem	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

identit : bb de madame Elkohen Meryem ne le 02/11/2021, de sexe fminin ,36 semaines d'amnorrhe , originaire et habitanteRabat , assur par FAR

Motif

surveillance

Antécédents

familiaux :

la mre :

age de 43 ans

G1P1

cholcystectomie

groupe sanguin et rhsus : A+

prsence de cardiopathie : trouble de rythme cardiaque (prise de B bloquant)

pas de diabte gestationnel

pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

anamnse infectieuse ngatif (pas d'infection urinaire (ECBU strile) , pas de rupture prmature de la membrane)

grossesse bien suivie

le pre :

47 ans

pas d'antcdents particuliers

pas de notion de consanguinit entre les parents

aucune maladie gntique dans la famille

personnels ;

période anténatale :

bb né d'une grossesse bien suivie avec 3 consultations et 3 échographies

pas de détection de malformations ou de maladies génétiques en anténatal

serologie ; toxoplasmose (-) , rubéole (+) , syphilis (-)

période périnatale (accouchement)

accouchement 36 SA par césarienne programmée cause de trouble du rythme cardiaque chez la maman et pour l'hypotrophie fœtale

liquide amniotique clair

BCF : 139 batt/min

poids : 2000 g

taille : 46 cm

PC : 31 cm

APGAR : 10

bonne adaptation à la vie extra utérine

soins à la naissance : injection vitamine K en intramusculaire , collyre antibiotique

pas de malformation congénitale repérée à la naissance (atresie de l'oesophage , atresie des choanes , luxation congénitale de la hanche , malformations anorectales)

mode d'alimentation : lait maternel

Interrogatoire

histoire de la maladie :

nouveau-né admis au service de réanimation néonatale pour une surveillance de 3 jours du fait que la maman a eu des troubles bloquants au cours de la grossesse

examen clinique : J2 de l'admission

examen général :

subictère sur un fond rose

activité en flexion

temps de recoloration < 3S

pas de malformation congénitale

présence d'une fossette sacrée

présence d'une pustulose néonatale

hémodynamique :

fréquence cardiaque : 136 BPM

saturation : 97 %

fréquence respiratoire = 40 cycles / min

poids = 2000 g

taille = 40 cm primtre cranien = 35 cm

Hypothèse

conclusion clinique :

il s'agit de bb de madame Lkohen ne36SA par csariennecause de trrouble de rythme cardiaque de la maman , admis au service de ranimation nonatale pour une surveillance de 3 jours du fait que la maman a t sous beta bloquants au cours de la grossesse et chez qui l'examen clinique trouve une lgre ictre , pustulmose nonatale , hypotrophie et une fossette sacre

risque d'hypoglycmie

risque de bradycardie

Examen

examen de l'appareil abdominal :

inspection :

abdomen lgrement distendu

pas de voussure

pas de cvc

palpation :

abdomen souple

pas de masse palpable

pas de SMG ni HMG

aires herniaires libre

absence de contact lombaire

examen pleuropulmonaire :

inspection :

absence de signes de lutte respiratoire

pas de dformation du thorax

auscultation :

perception des murmures vsiculaire

examen cardio-vasculaire :

inspection :

pas de dformation du thorax

pas de cvc

absence d'oedme des membres inferieurs

pas de cyanose

palpation :

choc de pointe bien peru

examen des pouls normal : fmoraux , radiaux

auscultation :

B1 et B2 bien perus

pas de bruits surajout

pas de souffle audible

examen uro-gnitale

pas d'ambiguit sexuelle

pas de malformation

pas d'anomalie ni coulement

pas de gonades palpables

les grandes lvres d'aspect normal

examen de la marge anale :

mconium avant 36h

pas d'imperforation anale

pas de malformations anorectales

examen locomoteur :

examen bilatrale comparatif

l'examen ne trouve pas une luxation de la hanche

absence de dformation

examen de rachis : pas de spina bifida ou autres pathologies

examen neurologique :

tonicit : normale

tonus passif :

attitude de repos en flexion des quatre membres

ongle poplit 90%

tonus actif :

manoeuvre de tir assis

reflexes archaiques :

marche automatique : prsent

MORO : present

points cardinaux : present

succion : present

Grasping : present

surveillance : NFS CRP

echographie cardiaque : chercher des cardiopathies congénitales

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : ictère néonatale		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER :		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

identit :

il s'agit de bb de madame boutellka fatima zahra n le 03/11/2021, de sexe fminine39 SA originaire et habitanterabat couvert par les FAR

Motif

ictre nonatale

Antécédents

familiaux :

mre : age de 24ans

G3P1 2 fausses couches

groupe sanguin A plus

antcdant d'OPK suivi sous duphaston pendant 2ans

pas de maladie chronique

pas de diabte gestationnel

pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

anamnse infectieuse ngatif (pas d'infections urinaire pas de rupture prmaturo des membranes pas de fivre)

grossesse bien suivi

le pre :

34ans gendarme

pas d'antcdant particulier

pas de notion de consanguinit

aucune maladie gntique dans la famille

personnels :

période anténatale :

bb ne d'une grossesse bien suivie avec 3 consultations et 3 échographies

pas de détection de malformations ou de maladies génétiques en anténatal

période périnatale

accouchement 39 SA par césarienne programmée cause des antécédents obstétricaux de la mère

liquide amniotique normale

APGAR 10

bonne adaptation la vie extra utérine

soins immédiats à la naissance : injection du vitK en intramusculaire, collyre antibiotique

pas de malformations congénitales repérées à la naissance (atresie des choanes, atresie de l'oesophage, indifférenciation sexuelle, luxation congénitale de la hanche, malformations anorectales)

mode d'alimentation : lait maternel

Interrogatoire

histoire de la maladie :

le début de la symptomatologie remonte au 03/11/2021 par un ictère néonatal, avec des selles et urines normales, sans signes associés (respiratoire ou digestives), le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie

Hypothèse

Examen

examen général

ictère d'intensité modérée sur un fond rose au niveau du crâne, thorax et abdomen

le bb est en activité

temps de recoloration inf 3s

pas de malformation congénitale

hémodynamique :

FC : 121 bpm normal

FR : 52 C/min normal

poids = 3kg750 normal

taille = 51 cm normal

PC = 35 cm : normal

examen abdominal :

inspection :

abdomen symétrique

pas de voussure

pas de distension abdominale

pas de CVC

palpation :

abdomen souple

pas de masse palpable

pas de SMG ni de HMG

aires herniaires sont libres

pas de contact lombaire

examen pleuro-pulmonaire :

inspection :

pas de signe de lutte respiratoire

pas de déformation thoracique

auscultation :

perception des murmures vésiculaires

examen cardiovasculaire

inspection:

pas de déformation du thorax

pas de CVC

pas d'œdèmes des membres inférieurs

pas de cyanose

palpation :

choc de pointe bien perçu

examen des pouls normal ; fémoraux radiaux

auscultation :

B1 et B2 bien perçus

pas de bruit surajout

pas de souffle audible

examen uro-génital :

pas d'ambiguïté sexuelle

des pertes blanches : leucorrhée (crise génitale)

pas de malformation

pas de gonades palpables

les grandes lèvres d'aspect normal

examen de la marge anale:

mconium avant 36h

pas d'imperforation anale

pas de malformations anorectales

examen locomoteur :

examen bilatral comparatif

l'examen ne trouve pas une luxation de la hanche

absence de dformation

examen du rachis : pas de spina bifida ou autres pathologies

examen neurologique :

tonicit normale

tonus passif : attitude de repos en flexion des 4 membres , ongles poplit a 90

tonus actif :

manoeuvre de tir assis

reflexes archaïques :

marche automatique : prsnet

MORO : prsent

points cardinaux : prsent

succion : prsent

grasping : prsent

examen du crane et de la face :

fontanelle antrieur normalement ouverte

primtre cranien normal

pas de dysmorphie facial

pas de fracture de la clavicule et sont symtriquement palpables

Diagnostic

conclusion :

le bb de madame Boutelleka fatimazahra chez qui l'anamnse infectieuse est ngatif , neterme par csarienne a 39SA est admis l'hôpital pour ictrre nonatal precoce avant 24h . a l'examen clinique son admission on trouve un Nn ictrique sur un fond rose sans signes associes

les diagnosticsvoquer :

infection materno-foetale

(-) pas d'infection recente pas de signes de détresse respiratoire, poche intacte liquide amniotique normale

ictère cholestasique

(-) selles et urines normales

incompatibilité materno-foetale ABO ou RH

(-) le groupe sanguin de la maman est A plus

malformation des voies biliaires

(-) absence de signes de cholestase

anomalie de la gluco-conjugaison

hypothyroïdie

(-) ictère précoce

ictère physiologique nonatale

Suivi

examens complémentaires :

bilan radiologiques :

échographie (pour éliminer la malformation des voies biliaires)

bilan biologique :

NFS

CRP

TSH

test de Coombs

Bilirubine

diagnostic retenu stade :

ictère nonatale physiologique

traitement :

la phototherapie

surveillance du taux de bilirubine

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : polyurie polydipsie		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : fares eddine khatri fares eddine khatri		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

identit :

il s'agit de fares eddine khatri ag de 9ans de sexe masculin originaire et habitantrabat non assur

Motif

polyurie polydipsie

Antécédents

familiaux :

la mre :

G3P3

33ans

accouchement par voie basse

pas de suivi pour maladie chronique quelconque

pas de diabte gestationnel

pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

le pre :

pas d'antcdent particulietrs

40ans

pas de notion de consanguinit entre les parents

1re d'une fraterie de 3 ; aucune pathologie notable

aucune maladie gntique dans la famille

tante diabtique

personnels :

mdicaux :

pas de maladies digestives

pas d'ATCD particuliers

chirurgicaux : jamais opr

allergies Ananas

toxique:

pas de notion de tabagisme actif ni passif dans la famille

pas de notion d'hyalisme dans la famille

Interrogatoire

histoire de la maladie :

le dbut de la symptomatologie remonte 3 jours par l'installation d'une polyurie polydipsie douleur abdominale diffuse et trs intense sans vomissement de type alimentaire qui devient bilieux nycturie nursie le tout voluant dans un contexte d'apyrexie et conservation de l'tat gnrale

Hypothèse

Examen

examen clinique : J2 aprs son admission

examen gnrale :

la patiente est consciente

pas de signes de dshydratation

les conjonctives sont lgrement dcolores

FC : 80 bpm

FR: 16C/min

Temperature a 36,9

poids = 25kg

TAILLE= 133cm

IMC= 14,1

glycmie capillaire 1.6

BU actone , glucose

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 :

sonorité abdominale normale

auscultation :

les bruits hydro-aériques sont présents et non exagérés

examen pleuro-pulmonaire :

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'hippocratisme digital

absence de stridor ou de cornage

palpation :

les vibrations vocales sont bien transmises dans les 2 champs pulmonaires 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 cardiovasculaire :

inspection

thorax d'aspect normal et symétrique

pas de pâleur, de cyanose

pas d'hyperpulsatilité des artères carotides

pas de thyroscence des veines jugulaires

palpation :

pas de frémissement au niveau des foyers

pas de reflux hépato-jugulaire

auscultation :

S1 et S2 sont bien perçus en absence de souffle ou de bruits surajoutés

les pouls carotidiens, fémoraux, radiaux, cubitaux, poplités et pédieux sont présents et symétriques

Diagnostic

il s'agit d'une patiente age de 9 ans sans antecedents notables qui consulte pour un syndrome cardinale ;douleur abdominale avec syndrome polyurie polydipsie chez qui l'examen clinique trouve de l'acetone et glucose au niveau de la BU sans signes de deshydratation le reste d'examen est sans particularit

diagnosticvoquer :

diabte type 1 : (+) age , tableau bruyant

gastro-entrite :

(+) douleur abdominale

(-) pas de fivre

potomanie :

(+) polyurie polydipsie

(-) altration de l'tat gnral

Suivi

examen paraclinique :

BU cc+++ glucose +++

inogramme :

sodium 134mmol /l

potassium 4,3 mmol/l

ure : 0.32 g/l

Ca : 99

creatinine 6.9mg/l

glycmie : 6.10g/l

HBA1C : 9.1

diagnostic : diabte type 1

traitement :

LANTUS ; 5 UI 1F/Jr

APIDRA : 2UI/3F/Jr

avec surveillance de la glycmie capillaire 2h avant et aprs le repas

volution :

l'insulinothrapie en sous cutane schma basal bolus

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : bébé de mouzdahir meryem		Etudiant : BOUNJA GHIZLANE	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : bébé de Mouzdahir meryem		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

bb de Mouzdahir meryem n le 07/11/2021, de sexe Masculin ,28 semaines d'amnorrhe , originaire et habitant Beni mellal , assur par CNOPS

Motif

grande prématurité

Antécédents

familiaux :

la mère :

âge de 27 ans , professeur

G1P1

groupe sanguin et rhesus O+

Menace d'accouchement prématuré sur grossesse de 28 sa +2J

a reçu : corticothérapie / antibiothérapie (amoxicilline protégée) et LOXEN pour la tocolyse

Anamnèse infectieuse négative

pas de consommation d'alcool ou de notion de tabagisme actif ou passif

CRP levée 20 LE 07/11/2021

le père :

29 ans gendarme

pas d'antécédents particuliers

pas de notion de consanguinité entre les parents

aucune maladie génétique dans la famille

personnels :

préhistoire anténatale :

bb ne d'une grossesse bien suivie avec 3 consultations et 3 échographies

pas de détection de malformations ou de maladies génétiques en antenatal

Sérologie : toxoplasmose (-) , syphilis (-)

période prénatale (accouchement)

accouchement 29 SA par césarienne programmée cause de la rupture prématur de la membrane

liquide amniotique clair

poids : 1200 g

Taille : 41 cm

PC 30 cm

APGAR :

6 , 8 , 10 après aspiration et ventilation

bonne adaptation la vie extra utérine

alimentation par voie parentérale

soins immédiats à la naissance : injection vitamine K en intramusculaire

collyre antibiotique

pas de malformations congénitales repérées à la naissance (atresie des choanes , atresie de l'oesophage , indifférenciation sexuelle , luxation congénitale de la hanche , malformation anorectales)

alimentation parentérale : voie ombilicale

Interrogatoire

histoire de la maladie :

nouveau-né admis au service de réanimation néonatale cause d'une grande prématurité , due à une rupture prématur de la membrane 28 SA+2J , la maman a été hospitalisée le 31/10/2021 pendant une semaine sous antibiothérapie, corticothérapie , tocolyse et une surveillance de NFS et CRP (1J/2) avec une élévation de CRP le 7/11/2021 ce qui indique l'accouchement par césarienne

Hypothèse

conclusion clinique :

il s'agit du bb de madame Meryem Mouzdahir né le 07/11/2021 admis au service de réanimation néonatale cause d'une grande prématurité , due à une rupture prématur de la membrane 28 SA+2J , l'examen clinique trouve un léger tirage intercostal , ictère sur un fond rose , une polypnée , une bosse scro-crobrale , une fosse sacro-coccygienne

les causes les plus probables :

infection materno fœtale

travail pénible

traumatisme abdominal

malformation utrine

grossesse multiple

hydramnios

malformation foetale

les risques :

risque de mauvaise adaptation a la vie extra utrine

risque d'hypothermie

risque d'hypoglycémie

Examen

examen gnral :

ictre sur un fond rose

activit en quadriflexion

temps de recoloration <3S

prsence d'une bosse sro-crbrale

prsence d'une fosse sacro-coccygienne

pas de fente palatine

pas de malformation congntale

hmodynamique :

frquence cardiaque : 166BPM

saturation : 97%

frquence respiratoire : 89 cycles/min

TA : 52/42

poids 1200 g

taille : 41

primtre cranien : 30 cm

examen de l'appareil abdominal :

inspection :

abdomen lgrement distendu

*pas de voussure

pas de cvc

palpation :

abdomen souple

pas de masse palpable

pas de SMG ni d HMG

aires herniaires libres

absence de contact lombaire

examen pleuropulmonaire

inspection :

un lgr tirage intercostal

absence de signes de lutte respiratoire

pas de dformation du thorax

auscultation :

parception des murmures vsiculaires

examen cardiovasculaire :

inspection :

pas de dformation du thorax

pas de cvc

absence d'oedme des membres inferieurs

pas de cyanose

palpation:

choc de pointe bien peru

examen des pouls normal : fmoraux , radiaux

auscultation :

B1 et B2 bien perus

pas de bruits surajouts

pas de souffle audible

Examen uro-genitale :

pas d'ambighit sexuelle

pas de malformation

scrotum non compltement pliss

pas d'anomalie ni coulement

prsence d'une hydrocle

examen de la marge anale : mconium avant 36h

pas d'imperforation anale

pas de malformations anorectales

examen locomoteur :

examen bilatral comparatif

l'examen ne trouve pas une luxation de la hanche

absence de dformation

examen de rachis : pas de spina bifida ou autres pathologies

examen neurologique :

tonicit : normale

tonus passif :

attitude de repos en flexion des quatre membres

ongle poplit 90

tonus actif

manoeuvre tir assis

reflexes archaïques :

marche automatique : prsent

MORO : prsent

succion : prsent

grasping : prsent

examen du vrane et de la face :

fontanelle antrieure normalement ouverte

primtre cranien normal

pas de dysmorphie faciale

pas de fracture de la clavicule et sont symetriquement palpables

Diagnostic

Suivi

examen complmentaires :

dpistage des complications

septicmie : par la surveillance de : NFS CRP ionogramme , glycémie hmoculture , procalcitonine

apnée et dsaturation : gaz du sang

rtinopathie : image photographiques numriques

traitement :

cafine

sois des yeux

phototherapie