



RAPPORT DE STAGE

Stage Hospitalier XIX: Santé Publique I - II C-3

Stage clinique

Niveau 1 : B

Niveau 2 : B2

Niveau 3 : M7-B2-2

Service D'affectation :

Date debut de stage: 26-04-2021

Date fin de stage: 25-05-2021

Réalisé par : AITTALEB Yousra

27-05-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : mhammed slimani		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

ID du patient :

Il s'agit de Mr slimani mhammed agé de 70ans marié et père de 3 enfants, retraite , habitant à rabat et mutualiste

Motif de hospitalisation :

Nez bouché et detresse respiratoire

Antécédents :

Emphyseme pulmonaire en 2004

Ulcere gastrique en 1987

Intolerance au glucose

Opere pour pneumothorax en 2012

Opere pour hernie inguinale en 2019

Histoire de la maladie :

Le patient fait quelques episodes de desaturation qui sont stabilisés avec diminution progressive de l'oxygene, devant l'amelioration non satisfaisante du nez bouché un avis ORL est demandé qui retrouve une deviation de la cloison nasale et hypertrophie des cornets

Poursuite du traitement symptomatique

L'examen clinique :

- Examen général :

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

TA : 112/52 cmHg

Fc : 92 bpm

T° : 36 °C

SO2 : 85%

Conjonctives normocolorées

Pas de d'ictère, pas de cyanose, pas d'œdèmes.

- Examen abdominal :

- o Inspection : abdomen respire normalement, pas de cicatrices, pas de circulation veineuse collatérale, pas de voussures, et pas de distension abdominale ni de hernies ombilicales.

- o Palpation : normale

- o Percussion : abdomen sonore, pas de matité déclive et pas de tympanisme.

- o Auscultation : bruits hydro aériques bien perçus, pas de souffles de l'artère ombilicale

- Examen cardiovasculaire :

- o Inspection : Pas de déformations thoraciques, Pas de cyanose, Pas d'hippocratisme digital, Pas d'œdèmes du membre inférieur, Pas de CVC.

- o Palpation : Choc de pointe palpable au 5eme EIC à la ligne medio claviculaire, Signe de Harzer négatif, Pas de reflux hépato-jugulaire.

- o Auscultation : Bruits du cœur B1 et B2 réguliers, bien perçus dans les 4 foyers ; Pas de souffle à l'auscultation ; Rythme régulier.

- Examen pleuropulmonaire :

- o Inspection : Pas de cicatrices ; Thorax respire normalement ; tirage , patient polypneeiue ..
- o Auscultation : sibilants.

Examens complémentaires :

- ECG : sans particularité
- Biologie :
 - o NFS : GB= 10710 ; PNN= 8830 ; Lymphocytes= 1090 ; GR= 4,95 ; HB= 15,8 ; Plq= 259. => hyperleucocytose à PNN.
 - o ASAT= 13,3 ; ALAT= 12,6.
 - o CRP= 1.
 - o Biochimie : Urée= 0,36 ; Créatinine= 9,54 ; Na⁺=136,2 ; K⁺=3,95 ; Glycémie= 0,96.
 - o Lipasémie= 226,5.

Diagnostic :

Poussée aigue d insuffisance respiratoire sur terrain d insuffisance chrinique

Prise en charge : symbicort

Clartec

Curtec

Physiomer eucalyptus

Old

Ulbitro

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : jamila sarifi		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

ID du patient :

Il s'agit de Mme jamila sarifi âgée de 59 ans, originaire et résidente à Khouribga, couverture sociale : OCP.

Motif de consultation :

Patiente consulte pour une douleur au niveau de l'hypochondre droit

Antécédents :

- Médicaux : RAS
- Chirurgicaux : RAS
- Allergies : RAS
- Habitudes toxiques : RAS
- Familiaux : RAS

Histoire de la maladie :

Remonte à il y a 3 jours par l'installation brutale d'une douleur intense au niveau de l'hypochondre droit, sans irradiations et accompagnée de nausées et vomissements bilieux.

La patiente ne rapporte aucun autre signe digestif.

Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'asthénie.

L'examen clinique :

- Examen général :

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

TA : 13/7 cmHg

Fc : 60 bpm

T° : 36,8 °C

SO2 : 98%

Conjonctives normocolorées

Pas de d'ictère, pas de cyanose, pas d'œdèmes.

- Examen abdominal :

- o Inspection : abdomen respire normalement, pas de cicatrices, pas de circulation veineuse collatérale, pas de voussures, et pas de distension abdominale ni de hernies ombilicales.
- o Palpation : douleur à la palpation de l'hypochondre droit avec défense localisée au même niveau, MURPHY (+), pas de masses et pas de contact lombaire.
- o Percussion : abdomen sonore, pas de matité déclive et pas de tympanisme.
- o Auscultation : bruits hydro aériques bien perçus, pas de souffles de l'artère ombilicale

- Examen cardiovasculaire :

- o Inspection : Pas de déformations thoraciques, Pas de cyanose, Pas d'hippocratisme digital, Pas d'œdèmes du membre inférieur, Pas de CVC.
- o Palpation : Choc de pointe palpable au 5eme EIC à la ligne medio claviculaire, Signe de Harzer négatif, Pas de reflux hépato-jugulaire.
- o Auscultation : Bruits du cœur B1 et B2 réguliers, bien perçus dans les 4 foyers ; Pas de souffle à l'auscultation ; Rythme régulier.

- Examen pleuropulmonaire :

- o Inspection : Pas de cicatrices ; Thorax respire normalement ; Pas de tirage intercostal ; Pas de signe de lutte respiratoire ; Pas de cyanose.
- o Palpation : Vibrations vocales bien transmises ; Amplitude respiratoire normale.
- o Percussion : Pas de matité ; Thorax sonore.
- o Auscultation : Le murmure vésiculaire bien perçu ; Pas de râles pulmonaires.

Conclusion :

Il s'agit de Mme Mzaz Bouchtaouia âgée de 59 ans, sans antécédents particuliers qui se présente aux urgences pour une douleur au niveau de l'hypochondre droit intense qui évolue depuis 3 jours accompagnée de nausées et vomissements bilieux chez qui l'examen retrouve une douleur à la palpation de l'hypochondre droit ainsi qu'une défense au même endroit, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'asthénie.

Hypothèse diagnostics :

- Cholécystite aigue
- Appendicite aigue (sous hépatique)
- Pancréatite aigue

Examens complémentaires :

- Biologie :
 - o NFS : GB= 8330 ; PNN= 4650 ; Lymphocytes= 960.
 - o CRP : 13
 - o Biochimie : Urée= 0,28 ; Créatinine= 8,07.
 - o ECBU : Négatif

· Radiologie :

o Echo abdomino-pelvienne : lithiase vésiculaire de 23mm.

Diagnostic:

Cholécystite aigue.

Prise en charge : (au URG)

CLIPRANE + IPP

Référer vers le service de chirurgie viscérale.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : montahi fatima		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité : il s'agit de EL MONTahi FATIMA, âgée de 71 ans , de FES et non mutualiste

□ **Motif d'hospitalisation :** admis en médecine D pour oppression thoracique et dyspnée sur terrain d'insuffisance rénale chronique dialysée

□ **Antécédents :**

- Personnels :

Médicaux :

- Hypertendue sous exforge et Cardinore (Bbloquant)
- Insuffisance rénale chronique hémodialysé chronique sur néphropathie hypertensive
- Non diabétique
- Pas de dyslipidémie
- Hypothyroïdie sous levothyroxé depuis 10ans
- Hospitalisé le mois 03 pour infection du Kt tunnéliisé avec ablation et culture du matériel et mise sous antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme .

Chirurgicaux :

RAS

Pas de tabagisme, pas d'éthylisme chronique

- - Familiaux : RAS

□ **Histoire de la maladie** : Remonte à la veille de son admission où la patiente présente une dyspnée avec douleur thoracique d'où son admission en néphrologie pour PEC . La patiente a présenté un OAP pour lequel elle fut dialysée le matin avec amélioration clinique (diminution des râles crépitants) , le tout évoluant dans un contexte apyrétique et de conservation de l'état général .

□ **L'examen clinique** :

L'examen général : trouve une patiente consciente en BEG orientée dans le temps et l'espace

- T° = 36,3
- TA = 10/7
- FC = 52 b/min sous bbloquants
- FR= 27
- Sao2 = 92% en air ambiant
- Taille /Poids : patiente allité
- Conjonctives décolorées
- pas œdème des membres inférieurs
- pas d'hippocratisme digital,

Examen neurologique :

GCS : à 15

Pupilles égales et réactives

Le tonus musculaire : pas hypo/hypertonie

La force musculaire : évaluée à 5

Les reflexes :

Les réflexes ostéo-tendineux : pas d'abolition ni exagération

Les réflexes cutanéomuqueux : normaux

Les réflexes cutanés-abdominaux : normaux

Le réflexe cutané plantaire : Babinski négatif

L'examen des nerfs crâniens : sans anomalie

La coordination des mouvements : sans anomalie

Pas de trouble sensitivo-moteur

Examen pleuro pulmonaire :

Inspection :

- pas de signes de lutte ni de cyanose
- Kt tunnélisé jugulaire droit
- pas de déformations thoraciques (thorax en carène ou en entonnoir)
- pas de circulation veineuse collatérale

Percussion :

Pas de matité ni d'hypersonorité

Auscultation :

Crépitations bilatérales en marée montante

Examen cardio-vasculaire :

Inspection :

- pas de déformations thoraciques (en carène ou en entonnoir)
- pas de circulation veineuse collatérale
- pas de turgescence de la veine jugulaire
- œdème des membres inférieurs

Palpation :

- pouls pédieux et tibial postérieur droits abolis , perçus sur les autres axes de façon bilatérale et symétrique
- Choc de pointe normalement perçu , signe de Harzer négatif

Auscultation

- B1 , B2 bien perçus sans bruits surajoutés
- souffle carotidien gauche léger
- Pas de frottement péricardique .

L'examen abdominal :

Inspection :

- pas de Cicatrices
- Omblilic bien plissé
- pas de circulation veineuse collatérale
- pas d'angiome stellaire
- orifices herniaires libres

Palpation :

- abdomen souple
- douleur générale à la palpation
- pas d'organomégalie

Percussion :

- Matité décline en faveur d'une ascite franche
- flèche hépatique non mesurée

Auscultation :

- bruits hydro-aériques présents ,
- pas de souffles vasculaires

Le toucher rectal : n'est pas fait

L'examen des gaires ganglionnaires : Libres

-

Conclusion :

Patient de 71 hémodyalysée chronique présentant une symptomatologie cardiaque avec au bilan biologique une CRP élevée

CAT :

- Hospitalisation en réanimation avec bilan cardiaque complet
- Bilan sanguin complet
- Rx poumon Face

- ETT
- Surveillance très rigoureuse de la TA et FC et SpO2
- Revoir avis nephro pour augmenter la doses des diurétiques mais contrainte par rapport à l'épanchement
- Arrêter l'exfore (TA basse)
- Prévoir écho des TSA

□ Les explorations paracliniques :

- ECG : RRS Fq à 52 , axe QRS en DI , PR 0,16 , onde T négatives en inf ,
- Ph: 63 , PCO2: 30 mmhg , Na+ : 129 mmol/l , K+ :4.4 mmol/l, Hg : 7,3 , GB :8213
- , urée : 0.8 , Créat : 71,5 , CRP : 201,7 , BNP très élevés , procalcitonine : 0.58
- Rx pulmo : surcharge hilaire , cardiomégalie
- prélèvement bactériologies (hémocultures , écouvillonnage du cathéter , ECBU) : négatifs .

□ Traitement actuel

- Kardégic 75 mg 1st/j
- Duphalac
- Levothyrox 150 mg 1 cp/j à jeun
- Oedes 20 mg 1gel/j
- Foseal 1cp/j

- Vancomycine 1g après dialyse (3 doses)
- Triaxon 2g IVL/J (J3/15)
- cathéter surveillé
- Demande de 03 CG faite

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : khalil moustafa		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité : il s'agit de mr Khalil Mustafa , âgé de 51 ans retraité et mutualiste

□ **Motif d'hospitalisation :** admis en réanimation polyvalente le 08/05/2021 pour Détresse respiratoire sur terrain d'insuffisance rénale chronique dialysé

□ **Antécédents :**

- Personnels :

Médicaux :

- diabétique sous ADO
- hypertendu suivi
- Insuffisance rénale chronique hémodialysé chronique sur néphropathie diabétique

Chirurgicaux :

- RAS

Patient tabagique, pas d'éthylisme chronique

- Familiaux : RAS

□ **Histoire de la maladie** : Remonte à une TDM abdominale qui retrouve une ascite importante avec aggravation de détresse respiratoire faisant suspecter un OAP , d'où son admission en service de réanimation pour suivi et prise en charge . Le patient avait bénéficié juste avant son admission en réanimation d'une séance de dialyse ainsi que d'une transfusion de 2CG après 1h du branchement . le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération très marquée de l'état général .

□ **L'examen clinique** :

L'examen général : trouve un patient conscient en AEG orienté dans le temps et l'espace

- T° = 37,3
- TA = 11/7
- FC = 120 b/min
- FR= 26
- Sao2 = 86% sous 2 litre d'oxygene
- Taille /Poids : patient allité
- Conjonctives décolorées
- œdème des membres inferieurs
- pas d'hipppocratisme digital,

Examen neurologique :

GCS : à 15

Pupilles égales et réactives

Le tonus musculaire : pas hypo/hypertonie

La force musculaire : évaluée à 5

Les reflexes :

Les réflexes ostéo-tendineux : pas d'abolition ni exagération

Les réflexes cutané-muqueux : normaux

Les reflexe cutanés-abdominaux : normaux

Le reflexe cutané plantaire : Babinski négatif

L'examen des nerfs crâniens : sans anomalie

La coordination des mouvements : sans anomalie

Pas de trouble sensitivo-moteur

-

Examen pleuro pulmonaire :

Inspection :

- signes de lutte
- cyanose
- Kt tunnélisé jugulaire droit
- pas de déformations thoraciques (thorax en carène ou en entonnoir)
- pas de circulation veineuse collatérale

Percussion :

Pas de matité ni d'hypersonorité

Auscultation :

Crépitants bilatéraux

Examen cardio-vasculaire :

Inspection :

- pas de déformations thoraciques (en carène ou en entonnoir)
- pas de circulation veineuse collatérale
- pas de turgescence de la veine jugulaire
- œdème des membres inférieurs

Palpation :

- pouls pédieux et tibial postérieur droits abolis , perçus sur les autres axes de façon bilatérale et symétrique
- Choc de pointe normalement perçu , signe de Harzer négatif

Auscultation

- B1 , B2 bien perçus sans bruits surajoutés
- absence de souffle
- Pas de frottement péricardique .

L'examen abdominal :

Inspection :

- Cicatrices de coelioscopie
- Ombrilic déplié
- pas de circulation veineuse collatérale
- pas d'angiome stellaire
- orifices herniaires libres

Palpation :

- abdomen souple
- douleur générale à la palpation
- pas d'organomégalie

Percussion :

- Matité déclive en faveur d'une ascite franche
- flèche hépatique non mesurée

Auscultation :

- bruits hydro-aériques présents ,
- pas de souffles vasculaires

Le toucher rectal : n'est pas fait

- L'examen des gaires ganglionnaires : Libres

- □ Conclusion :

Patient de 58 ans diabétique et insuffisant rénal dialysé chronique , admis en réanimation pour un tableau franc d'OAP pour prise en charge dont l'examen clinique met en évidence des œdèmes du membre inférieur , des crépitaux bilatéraux , une ascite le tout témoignant d'une surcharge volumique (ayant reçu une séance de dialyse l'après midi même de l'admission en réa) , évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération très marquée de l'état général .

□ CAT :

- patient mise sous ventilation non invasive 30% / 3h
- SG5% 500 cc/24h
- Albumine 1fl/12h
- Oedes 40 mg a inj/j IVL
- Neuradrénaline à la SAP
- Rocephine 2g/j
- cipro 200 mg/24h

□ Les explorations paracliniques :

- ECG : Tachycardie sinusale
- Ph: 6.87 , PCO2: 23 mmhg , PO2 : 143 mmhg , HCO3- : 3 mmol/l Na+ : 111 mmol/l , K+ :4.5 mmol/l , Hte : 41% , Hg : 10.75 , GB : 12400 x
- Ponction d'ascite : liquide brunâtre . l'examen cytologique , après centrifugation montre une cellularité faible et représentative . absence de signe de malignité
- prévus : refaire scanner abodominal + radio thoracique au lit du malade

□ **Traitement actuel**

- Apidra solostar
- Cloprame 1 amp/ 8h
- Spectrum 500mg 1cp/ 12h
- Oedes 40 mg inj/8h
- Kardégic 160 mg/ 1 sachet par jour
- Imodium 1 fl
- Albumine 20%
- changement de pansement (pied diabétique) avec bétadine et eau oxygénée
- cathéter surveillé

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER :		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

IDENTITE :

Il s'agit de Mme NAJAT , agé de 22 ans .

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Patient admis au service de réanimation pour éclampsie sur une grossesse (24 SA)

LES ANTECEDENTS :

- Tabagisme actif
- grossesse non suivie
- problème de thyroïde

Histoire de la maladie :

Le début remonte à 3 jours par des céphalées et un brouillard visuel sans contractions ni douleur abdominal .

le 18/05/2021 : convulsions à 3 reprises

le 20/05/2021 : césarienne pour souffrance fœtale sur terrain d'éclampsie => extraction d'un mort né prématuré , p: 1050 qui n'a pas récupéré malgré la réanimation .

EXAMEN PHYSIQUE :

A l'admission :

somnolente , pas de déficit moteur , pas de morsure de la langue .

- FC : 100 batt/min

- TA : 170/80
- SPO2 : 100 %

OMI

bouffissure visage

ASPECT GENERAL :

- voie centrale fémorale
- lunette d'O2 à 2l/min
- sonde nasogastrique
- sonde urinaire
- sueurs profuses
- tremblements généralisés
- légère pâleur conjonctivale

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

patient obnubilé

GCS à 10 : ouverture des yeux : 3

réponse verbale : 1

réponse motrice : 6

pupille réactives

EXAMEN GENERAL :

- FC : 94 batt/min
- TA : 127/55
- SPO2 : 96 %

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE :

A l'inspection :

- pas de tirage
- pas de cyanose
- pas de balancement thoraco-abdominale

A l'auscultation : auscultation normale

EXAMEN CARDIOVASCULAIRE :

- B1 et B2 sont bien perçus
- Absence de bruits surajoutés

EXAMEN ABDOMINAL :

- cicatrice de césarienne
- Abdomen souple
- pas de masse palpable
- pas de voussure

EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES : les aires ganglionnaires sont libres

EXAMEN DES MEMBRES : sans déficit

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

1 - Biologie :

- Na⁺ : 131
- K⁺ : 4.6
- cl⁻ : 108
- HCO₃⁻ : 11
- ca⁺⁺ : 79

- urée : 0.54
- créat : 12.50
- CRP : 237
- PROT : 58
- acide urique : 92
- ASAT : 20
- ALAT : 7

2 - Radiologie :

Echo obstétricale : grossesse évolutive avec discordance BIP , LF avec oligoamnios

=> prévoir un doppler obstétrical

TTT :

- SG 5% : 500 cc/8h
- SS 9% : 500cc/8h
- Andol : 1g/6h
- Augmentin : 1g/8h
- Lovenox : 40mg/j sc si pas de saignement après NFS
- Dextro/6h
- oedes 40mg/j
- Morphine 5 mg/6h sc
- Acupan SAP
- Loxen SAP
- Aldomet 1 cp/8h

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT :	Etudiant : AITTALEB Yousra
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : sebat i khadija	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

IDENTITE :

Il s'agit de Mme SEBATI KHADIJA , agé de 86 ans ,originaire et habitant à Rabat , mutualiste .

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Patient admis au service de réanimation pour crises convulsives à J4 du post-op d'une chirurgie d'un méningiome frontal droit .

LES ANTECEDENTS :

Médicaux :

- cardiopathie ischémique stentée à 2 reprises
- cardiopathie hypertensive
- cardiopathie rythmique suivie FA
- Hypothyroïdie sous levothyrox

Chirurgicaux : myomectomie il y a 4 ans , césarienne en 1978

Toxiques : -

Allergies : -

Familiaux : non connu

Histoire de la maladie :

Remonte à quelques heures par l'apparition de crise convulsive partielle au niveau du membre supérieur droit .

EXAMEN PHYSIQUE :

GCS à 6 : ouverture des yeux : 1

réponse verbale : 1

réponse motrice : 4

EXAMEN GENERAL :

- FC : 84 batt/min
- FR : 24 c/ min
- TA : 128/58
- SPO2 : 96%

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE :

A l'inspection :

- pas de tirage
- pas de cyanose
- pas de balancement thoraco-abdominale

A l'auscultation : normal

EXAMEN CARDIOVASCULAIRE :

- B1 et B2 sont bien perçus
- Absence de bruits surajoutés

EXAMEN ABDOMINAL :

- Abdomen souple
- pas de cicatrices
- pas de masse palpable

- pas de voussure

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

TDM cérébrale : Effet de masse sur la frontale droite , discret épanchement péricérébral en regard du volet opératoire

Prise en charge :

mise en condition

- vv
- protection des voies aériennes (intubation , canule de guedel)
- oxygénation
- sonde urinaire + nasogastrique
- perfusion de base : hydratation 50 -100 ml /kg/j , 1l de SG et 2l

Actuellement sous :

- SG 5 % 500cc/ 12h
- Keppra 500 mg *2/j
- Zinnat 750 mg /12h
- Oedes 40 mg/j
- Dextro /2h :
- Lamictal : 25 mg 2 cp/12h
- Bas de contention
- Solumédrol 120 mg /8h
- Lasilix : 40mg/12h

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : derouich moncif		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

IDENTITE :

Il s'agit de Mr MONCIF DEROUICH , agé de 36 ans ,originaire et habitant à youssoufia , mutualiste .

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Patient admis au service de réanimation pour prise en charge d'un polytraumatisme .

LES ANTECEDENTS :

Médicaux : RAS

Chirurgicaux : RAS

Toxiques : -

Allergies : -

Familiaux : non connu

Histoire de la maladie :

Patient victime d'un AVP qui présente un traumatisme à point d'impact crânien et du membre supérieur gauche , avec une otorragie et vomissements .

le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général .

EXAMEN PHYSIQUE :

A son admission :patient inconscient

GCS à 9 : ouverture des yeux : 2

réponse verbale : 2

réponse motrice : 5

pupille réactives

EXAMEN GENERAL :

- FC : 80 batt/min
- FR : 24 c/ min
- TA : 180/90
- SPO2 : 90%

EXAMEN CRANIO-FACIAL : 2 plaies de scalpe mesurant 3 et 4 cm

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE :

A l'inspection :

- pas de tirage
- pas de cyanose
- pas de balancement thoraco-abdominale

A l'auscultation : normal

EXAMEN CARDIOVASCULAIRE :

- B1 et B2 sont bien perçus
- Absence de bruits surajoutés

EXAMEN ABDOMINAL :

- Abdomen souple
- pas de cicatrices
- pas de masse palpable

- pas de voussure

EXAMENS DES MEMBRES : Ecchymose et oedème de l'épaule G

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

1 - Biologie :

- NFS : GB = 22560 , GR : 3740000, Hb = 11.4 g/dl , PLQ = 452 000/mm³
- HT : 35
- K⁺ : 4.6
- Na⁺ : 140
- Cl⁻ : 104
- Gly : 1.39
- ASAT/ALAT : 96/136
- CRP : 69.7
- Créat/urée : 4.7/0.23
- Ferritine : 1334

2 - Radiologie :

TDM cérébrale :

- HSD aigu pariéto-temporal droit mesurant 7.5 mm
- Hémorragie méningée visible au niveau de qlq sillons corticaux pariéto-temporaux droits
- Effet de masse sur le V L homolatéral avec un engagement sous falcoriel
- Fracture de l'écaille temporale irradiante vers l'os pariétal et la grande aile du sphénoïde
- trait de fracture longitudinal du rocher gauche

RX : disjonction acromio-claviculaire gauche

RX Rachis : RAS

RX bassin : RAS

Echo abd : RAS

Prise en charge :

mise en condition

- vv
- protection des voies aériennes (intubation , canule de guedel)
- oxygénation
- sonde urinaire + nasogastrique
- perfusion de base : hydratation 50 -100 ml /kg/j , 1l de SG et 2l

Actuellement sous :

- apports de base
- J5 de tienam 1g *3/j
- Lovenox 0.4 UI/j
- Tardyferon 80 mg *2/j

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : mekdoum ahmed		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

□ **Identité :** Il s'agit de mr Mekdoum AHMED , âgé de 60 ans , marié , agriculteur , mutualiste

□ **Motif d'hospitalisation :** Admis en service de néphrologie le 10/05/2021 pour Altération de l'état général

□ **Antécédents :**

- Personnels :

Médicaux :

- Diabète depuis 1999
- HTA depuis 2014
- Insuffisance rénale chronique sur néphropathie diabétique depuis aout 2014 , patient hémodialysé chronique depuis 2018
- Hospitalisé le 17/08/2019 pour un syndrome œdémateux généralisé avec hyponatrémie sévère et troubles neurologiques associés.

Chirurgicaux :

- Hypertrophie prostatique réséquée en juillet 2016

- Familiaux : RAS

□ **Histoire de la maladie :** L'histoire de la maladie remonte au jour de son admission par l'installation d'une asthénie importante associée à une hypotension avec symptomatologie respiratoire fruste . Le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général .

□ **L'examen clinique à l'admission:**

-
L'examen général :

trouve un patient conscient , bien orienté dans le temps et l'espace

- T° = 34,5°
- TA = 88/44
- FC = 79 b/min
- FR= 19 /min
- Taille / Poids : patient alité
- Conjonctives décolorées
- Signes de déshydratation extra cellulaire

Examen neurologique : GCS : à 15, sans déficit

Examen pleuro pulmonaire : auscultation sans particularité

Examen cardio-vasculaire : RAS

L'examen abdominal : respiration paradoxale , abdomen souple , indolore ,

L'examen des aires ganglionnaires : Libres

□ Les explorations paracliniques :

- Bilan infectieux :

CRP= 128

Hg= 11,41

GB= 10690, à PNN

Procalcitonine positive à 1

- Rx bassin face : Faite après la mise en évidence d'un hématome de la cuisse droite le 24/10/2019, découvre une fracture du col fémoral droit déplacée avec respect des sacro-iliaques et respect des interlignes coxo fémoraux

- Echo doppler veineux MI droit : Lymphoedème modéré de la cuisse droite

- Rx du genoux dt : sans anomalie

- Bilan hépatique: Pas de cytolyse , pas de cholestase ,

- Bilan rénal :

Na+= 131

K+= 4,9

CO2= 34

phosphore = 41

Albumine = 32

proteine= 58

Glycémie= 3,17

urée = 1,37

créatinine = 75,28

Calcémie corrigée = 98

Echo abdominale:

vessie de lutte diverticulaire sur hypertrophie prostatique

Bilan cardiaque :

ECG = sans anomalie

Troponine= 30,53pg/ml

ETT: Bonne fonction VG> 60% , OG légèrement dilatée libre

□ Diagnostic retenu :

Sepsis à point de départ pulmonaire + Fracture déPlacée du col fémoral droit post traumatique

□ Suivi :

- Sur le plan rénal : le patient a été dialysé selon son programme : 3 séances/semaine

- Sur le plan pulmonaire

- Devant le sd infectieux clinique et biologique et la symptomatologie respiratoire , une pneumopathie a été retenue et le patient a reçu 3 ATB à savoir :

Triaxon 2g/j /20 jours

Gentamycine 360 mg 2 doses après dialyse

Vancomycine 1g pendant 13 jours adaptée à la dose résiduelle , avant dialyse

□ **Examen du jour et traitement de sortie :**

Le patient va bien sous traitement , recevant et sortant sous :

- Vancomycine 1g
- Flagyl 500mg x 2/j/5j
- Paracétamol : à la demande
- Coversyl 5 mg 1cp/j (si TA < 14/9)
- Amep 5mg 1 cp/j
- Foseal 1cp/4j
- Cardiaspirine 1cp/j
- No-dep : 1cp/j
- Umax 1cp/j
- Novadex 20 mg 1cp/j
- Lasilix Sp ½ cp x2 /j
- Lovenox 0,2 inj/j
- Smecta 1 sh x2/j
- changement de position
- Kiné (hanche droite) /j

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT :	Etudiant : AITTALEB Yousra
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : dellal fatouma	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mme fatouma Dellal , agé de 74 ans, mariée et mère de 2 enfants, mutualiste.

Motif de consultation : douleur abdominale diffuse

ATCD 's

Hypertendue depuis 10ans sous antihypertenseur ; pas de diabète, pas d'atcd de tuberculose pas de contage tuberculeux

Pas d'ATCD chirurgicaux

Pas d'ATCD de maladies familiales similaires

Pas d'habitudes toxiques

HDM :

Remonte à quelques jours par l'installation d'une diarrhée à la suite d'ingestion d'un aliment périmé puis la patiente rapporte l'apparition de vomissements alimentaires accompagnés d'une fièvre non chiffrée et sans notion d'altération de l'état général.

Examen clinique :

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

Pli de déshydratation présent

SaO2 à 99% à l'air ambiant

TA : 110 / 40

F .R : 16mpm

F.C : 90BPM

T° : 38.5°

A l'examen abdominal :

Abdomen distendu et une sensibilité diffuse.

Le reste de l'examen est sans particularité.

Examen complémentaire :

NFS :

Hb à 14

GB à 11 000

CRP à 7

Diagnostic :

Gastro entérite sur ingestion d'aliment douteux.

Suivi :

Réhydratation par serum salé de 500cc/ 8h

Clopram 1injection dans le serum sale puis 1cp 3x/j pdt 5jrs

Surveillance de sa tension artérielle .

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : tadi selma		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mme Tadi Selma, âgée de 31 ans, mariée et mère de deux enfants, mutualiste, fonctionnaire .

Motif :

Douleurs abdominales.

ATCD's :

Vomissements chroniques traités comme des vomissements psychogènes.

HDM

Remonte à une année par des vomissements chroniques traités comme psychogène, qui consulte pour des vomissements incoercibles et douleurs abdominales hyperalgiques.

Le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement.

Examen clinique :

La patiente est consciente, bien orientée dans le temps et dans l'espace, angoissée, eupnéique, apyrétique, conjonctives normocolorées.

Ta : 99/65 Fc : 98% saO2 : 100% à l'air ambiant.

Examens complémentaires :

Ionogramme :

Na 139 K 5,5 urée 0,14 créatinine 7,41 ASAT 16 ALAT 20 Pha 39 Albumine 38 CRP 0,6 .

NFS ;

Gb : 14,6 GB 8206 Plq 256000 TP 100%

Fibroscopie :

Béance cardiale

Oesophagite érythémateuse

Aspect de gastrite

Petites formations polypoides de la base du bulbe sans lésion ulcération

Angio scanner abdominal :

Evoquant un syndrome de pince aortomésentérique.

Diagnostic :

En faveur d'une pince mésentérique.

Suivi :

Indication chirurgicale est retenue.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : alikouche mohammed		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mr Mohammed Alikouche , agé de 62 ans, retraité, mutualiste.

Motif :

Détresse respiratoire

ATCD's :

HTA sous traitement

Diabète type 2 sous ADO depuis 6 ans

Vaccin contre la covid le 22/03/2021

HDM

Remonte à une semaine par l'installation d'une dyspnée progressive avec une toux grasse.

Le patient a présenté le 17/03/2021 une douleur thoracique constrictive à l'effort sans irradiation avec sueurs profuses, palpitations et dyspnée.

Examen clinique :

L'examen général retrouve un patient apyrétique, conscient, cohérent, GSG à 15, conjonctives normocolorées.

L'examen cardiovasculaire :

TA : 120/80 Fc : 105.

B1 et B2 bien perçus, pas de souffle, pas de bruit surajouté.

Signes d'insuffisance cardiaque gauche : orthopnée, crépitants aux deux bases pulmonaires.

Pouls présents et asymétriques.

Sur le plan pulmonaire :

Patient polypnéique, orthopnéique, SaO₂ à 93% sous 8l d'O₂ avec des crépitants.

Examens complémentaires :

Rx poumon : en faveur d'un OAP.

ECG : rythme régulier sinusal

ETT :

Aspect en faveur d'une cardiopathie ischémique avec altération de la fonction systolique, FE à 48%.

Pression de remplissage normale.

Coronarographie :

Maladie sévère des 3 vaisseaux dominée par une lésion critique du tronc commun à sa partie distale.

Biologie :

Ionogramme :

Na 136 K : 3,8 Ca ++ 95 Urée 0,30 créatinine 7,8 glycémie 2,13

Troponine 5684,11 BNP 147,10

NFS

GR : 5,38 hb : 16,43 GB 17080 Plq 180000

CRP 2,9

TCA : 26,9/37,9

Diagnostic :

Syndrome coronaire aigue avec sous décalage du segment ST en antérolatéral et apical compliqué d'une insuffisance ventriculaire gauche.

Prise en charge :

O2 sous 6l/min par lunettes

Oedes

SG5% 500cc + 2gKCl/24h

Lasilix dose de charge 60mg

Insuline en fonction du dextro

Suivi :

Evolution immédiate est favorable avec amélioration des signes cardiorespiratoires.

Le patient quitte l'hôpital contre avis médical sur demande pressante de sa famille.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : benzidane maria		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Maria Benzidane, fille unique, J10 de vie, mutualiste.

Motif :

Ictère néonatal

ATCD's :

G3P1 (2 fausses couches) , diabète gestationnel et HTA gravidique.

Accouchement voie haute (naissance à terme : 37 SA), pas de notion de fièvre maternelle pendant, avant ni après l'accouchement.

Poids de naissance : 2800g, bonne adaptation à la vie extra utérine

Allaitement mixte

Pas encore vaccinée

Familiaux :

Parents cosanguins.

Histoire de la maladie :

Patiente admis à 10j de vie pour ictère néonatal apparu à J3 de vie d'aggravation progressive sans fièvre ni nausées ou vomissements ni trouble de transit, pas de signes respiratoire ni neurologique.

Examen clinique :

Présence d'ictère, pas d'éruption cutanée ni de purpura.

Temps de recoloration normal.

Nourrisson tonique, réactif, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique.

Reflexes archaïques positifs, fontanelles normotendue.

Examen cardiopulmonaire sans particularité.

Examens complémentaires :

NFS :

Hb : 19,75, Plq : 329000 Gb : 14010.

Bilirubine totale : 201,58, bilirubine direct : 6,64.

CRP : 0,5mg/l TSH : 1,87

Diagnostic :

Ictère néonatal.

Evolution :

Après la photothérapie on note une bonne évolution.

BF : T : 1,9mg/dl F : 5mg/dl

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : rhoufrani mohamed badr		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mr Rhoufrani Mohamed Badr, âgé de 45 ans, mutualiste, fonctionnaire.

Motif :

Surveillance post embolisation d'une malformation artérioveineuse.

ATCD's :

Pas d'ATCD's particuliers.

Histoire de la maladie + examen clinique.

L'évaluation préanesthésique trouve un patient GSG à 13 sans déficit soit un grade 1.

L'évaluation cardiaque trouve une TA à 140/80, asymptomatique.

La fonction respiratoire est normale.

Sur le plan biologique, la crase sanguine est normale ainsi que l'hémogramme sanguin et la NFS. L'ECG est normal.

Diagnostic :

Malformation artérioveineuse médullaire nécessitant l'embolisation.

Evolution :

Patient admis en salle de cathétérisme, le patient est resté stable durant toute l'embolisation.

Admis en réanimation polyvalente. Le GSG est à 15 sans déficit neurologique. Le patient est mis sous SSalé, perfalgan, Lovenox 40mg et surveillance du dextro.

Le patient garde un GSG à 15 sans déficit a été transféré en service de médecine

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : malki aivha		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Malki Aicha, âgée de 65 ans, femme au foyer, mutualiste.

Motif :

Détresse respiratoire.

ATCD's :

Hypothyroïdie sous Lévothyrox.

1^{ère} dose de vaccin anti COVID il y a 3 semaines.

Histoire de la maladie remonte à une semaine, la patiente a développé une toux avec gêne respiratoire. Devant l'aggravation de son état, elle a été admise aux urgences de l'HCZ.

Examen clinique :

Patiente consciente mais polypnéique, SaO₂ à 88% à l'air ambiant, tachycardie à 120bpm, TA à 120/60mmHg, T à 38.

Le reste des examens est sans particularité.

Examen complémentaires :

Ionogramme :

Sodium 142, Potassium : 3,4, Creatinine : 7,33, CRP : 50mg/l

Hb : 12,22 Plq : 182000 GB : 5999/mm3.

Procalcitonine : 0,03

Troponine : 6980

D ;Dimère : 1477

TDM :

Plage en verre dépoli intraparenchymateuses et sous pleurales diffuses de façon aléatoire aux deux champs pulmonaires.

Ganglions de taille infracentimétriques intéressant les différentes chaînes médiastinales.

Absence d'épanchement pleuropéricardique.

Absence d'anomalie pariétale.

Aspect en faveur d'une pneumopathie virale type COVID 19, le pourcentage de l'atteinte est estimé à 50%.

ECG :

Tachycardie sinusale.

Test antigénique COVID : Négatif.

PCR COVID : Négative.

Diagnostic :

Pneumopathie infectieuse hypoxémiante grave.

Suivi :

La patiente est admise en réa polyvalente en isolement ou elle est mise sous O2 à haute concentration.

Ventilation non invasive au masque intermittente, antibiothérapie par Céftriaxone+ Azythromycine, Solumédrol, Oedès, Lévothyrox et surveillance du dextro.

La patiente s'est progressivement améliorée en 2 jours avec diminution de la dyspnée, normalisation de la saO2 sous faible débit d'O2 avec stabilité hémodynamique ce qui a permis de la transférer en service de pneumologie pour continuer le suivi et le traitement.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : mokrini youssef		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mr Mokrini Youssef, âgé de 64 ans, marié et père de 3 enfants, retraité, mutualiste.

Motif pour état de choc septique et sd occlusif

ATCD 's

Diabète sous insuline.

Pas d'HTA

HDM :

Remonte à qlq jours par un arrêt des matières et des gaz avec l'installation par la suite d'un ballonnement, vomissements et altération de l'état général.

Examen clinique :

Le patient est conscient mais polypnéique.

SaO2 à 93% à l'air ambiant

TA : 9 /4

Présence de marbrures

A l'examen abdominal :

Abdomen distendu et une sensibilité diffuse.

Le reste de l'examen est sans particularité.

Examen complémentaire :

NFS :

Hb à 17

GB à 9000

CRP à 10

Créatinine à 22

Ionogramme :

K : 3 Na : 137 glycémie 2,16

ECG : Tachycardie sinusale

TDM Abdominale :

Aspect en faveur d'une occlusion grélique sur sténose ou bride de la DAI associée à une lune de pneumopéritoine.

Cholécystite emphysémateuse microlithiasique.

Pancréas atrophique avec calcification de la tete en rapport avec une pancréatite chronique.

Diagnostic :

Etat de choc septique sur sd occlusif compliqué d'IR sur un terrain de diabète.

Suivi :

Le patient est admis en réa ou il est mis sous O2 remplissage vasculaire, noradrénaline, ATB ceftriaxone et flagyl, perfalgan, acupan et l'insuline en fonction du dextro à la sap .

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : infilas malika		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mme Inalfas Malika âgée de 74 ans, veuve et femme au foyer.

Motif

Dysurie et pollakiurie

ATCD's

Diabète type 2 depuis 15 ans

Incontinence urinaire depuis 2 ans

Prothèse genou dt et tete fémorale gauche

HDM :

Remonte à qlq jours par l'installation d'une dysurie et une pollakiurie, avec brulure mictionnelle, le tout évoluant dans un contexte fébrile à 38,5.

Examen clinique :

L'examen clinique est sans particularité.

Examen complémentaire :

NFS : Hb 11.05 GB 6800 PLAQUETTES 20100

CRP 108

IONOGRAMME : Na 134 K 3.6 creat 7.77

HOLTER TA ; permanente

TDM abdominale normale à part une hernie ombilicale de composante graisseuse avec un collet mesurant 5 com

Diagnostic : diabète type 2 HTA et infection urinaire

Evolution favorable sous traitement antibiotique

Traitement de sortie :

solficar

Coveram

Glucofage

Kardegic

Duphalac

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT :	Etudiant : AITTALEB Yousra
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : belkziz abdelkader	Formation : Médecine Générale
CATEGORIE	ENCADRANTS STATUT
RUBRIQUE : Clinique	
TYPE : OBSERVATION PATIENT	

Présentation

Il s'agit de Mr belkeziz abdelkader ; age de 55 ans ; habitant Casablanca ; mutualiste

Motif : détresse respiratoire sur une pneumonie à covid 19 positive

ATCD :

Diabète sous insuline

Pas de notion de contact avec un cas suspect ou confirmé covid 19

PAS d'allergie médicamenteuse connue

HDM : elle remonte à une semaine par l'apparition d'un syndrome grippal associé à une asthénie importante des myalgies ; une toux et une gêne respiratoire

Le tout évoluant dans un contexte fébrile d'AEG ayant nécessité une consultation à domicile avec prescription d'un test Pcr revenu positif ainsi qu'une TDM Thoracique mettant en évidence des lésions covid 19 d'étendue estimée à 45 %

Un traitement anti covid fut démarré

Devant l'aggravation de sa symptomatologie faite d'une détresse respiratoire ; il a été admis aux urgences de l'hôpital CHZ

EXAMEN CLINIQUE

Patient conscient très asthénique ; polypnéique ; dyspnéique

TA 13 /6 FC 97 bpm FR 28 C /min SaO2 90% T 38

Etat hémodynamique relativement stable

Auscultation pulmonaire : râles crépitant et bronchiques bilatéraux

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

TDM THORACIQUE : Lésions en faveur d'une pneumopathie COVID 19 d'étendue estimée à 45%

NFS : Hb 12.60 GB 7503

IONOGRAMME : creatinine 8.1 Na 138 k 4.3 Glycemie 1.10

CRP 129.4 Troponine 5.19 D-dimères 750

PCR COVID 19 : positive

Suivi

Patient mis sous masque à haute concentration ; ATB , corticothérapie ; HBPM ; paracétamol ; complexe vitaminique

L'évolution est favorable avec une restauration en partie de la fonction respiratoire .

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT :	Etudiant : AITTALEB Yousra
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : khalami tarik	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il s'agit de Mr KHALAMI TARIK ; age de 47 ans ; habitant TEMARA ; mutualiste

Motif : détresse respiratoire sur une pneumonie à covid 19 positive

ATCD :

NEO du cavum traité par radiothérapie et chimiothérapie

notion de contact avec un cas suspect ou confirmé covid 19

PAS d'allergie médicamenteuse connue

HDM : elle remonte à une semaine par l'apparition d'un syndrome grippal associé à une asthénie importante des myalgies ; une toux et une gêne respiratoire

Le tout évoluant dans un contexte fébrile d'AEG ayant nécessité une consultation à domicile avec prescription d'un test Pcr revenu positif ainsi qu'une TDM Thoracique mettant en évidence des lésions covid 19 d'étendue estimée à 45 %

Un traitement anti covid fut démarré

Devant l'aggravation de sa symptomatologie faite d'une détresse respiratoire ; il a été admis aux urgences de l'hôpital CHZ

EXAMEN CLINIQUE

Patient conscient très asthénique ; polypnéique ; dyspnéique

Signes de déshydratation extracellulaire

TA 10 /6 FC 102 bpm FR 18 C /min SaO2 95% T 38

Etat hémodynamique relativement stable

Auscultation pulmonaire : râles crépitant et bronchiques bilatéraux

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

TDM THORACIQUE : Lésions en faveur d'une pneumopathie COVID 19 d'étendue estimée à 20-25%

NFS : Hb 12.60 GB 5682

IONOGRAMME : creatinine 7.1 Na 138 k 3.4 Glycemie 0.93

CRP 34.4 Troponine 3.19 D-dimères 788

PCR COVID 19 : positive

Suivi

Patient mis sous masque à haute concentration ; ATB , corticothérapie ; HBPM ; paracétamol ; complexe vitaminique

L'évolution est favorable avec une restauration complète de la fonction respiratoire ; stable sur le plan hémodynamique

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : AITTALEB Yousra	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : khaddi simohammed		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

-Identité :

Il s'agit de Khaddi simohamed âgé de 85 ans marié, père de 3enfants, mutualiste

-Motif de consultation :

Coma avec crises convulsives

-ATCD :

-Personnel : HTA traité par Tecpril – Fludex

Diabète sous régime

Adénome de prostate patient sous Contiflo

-Histoire de la maladie :

-Le début de la symptomatologie remonte au 15.05.2021 par l'installation d'une hémiparésie gauche mais le patient est resté à domicile sans hospitalisation. Le patient a été mis sous Aspirine et Nootropyl

-La TDM cérébrale du 16.05.2021 ne montre pas d'anomalies.

- Il est admis le 17.04 devant l'aggravation de son état et crises convulsives répétées aux urgences de l'hôpital Cheikh Zaid khouribga

-Examen cliniques :

-Patient comateux, avec GCS à 8 et léger déficit gauche

-Convulsions répétées

-fébricule à 38C

-SaO2 a 90% à l'air ambiant

-TA a 90 mmHg de systolique

-Abdomen souple sans contracture

-examen pleuro pulmonaire : pas de bruits surajoutés murmures vésiculaire bien perçu

-Bilans radiologiques :

A-Angio IRM cérébrale :

*Etage sus-tentorial : -Présence au niveau de la région pariétale droite et en para-ventriculaire , d'une petite lésion se présentant en hypersignal et en discret hypersignal flair , d'allure ischémique au stade aigue

-Absence de foyer hémorragique

-Petites lésions de démyélinisation de la substance blanche sous corticale,

se présentant en hypersignal flair , d'allure vraisemblablement vasculaire

-Les structures de la ligne médiane sont en place

- Elargissement des sillons corticaux et du système citerno ventriculaire en rapport avec une atrophie cortico sous corticale

-Un complément par une séquence d'angio IRM en 3D TOF ne montre pas d'anomalie du polygone de willis

* La fosse cérébrale postérieure : -Les citernes de la base et les angles ponto-cérébelleux sont libre

-Absence d'anomalie de signal du tronc cérébral ou du cervelet

- Quatrième ventriculaire de morphologie normale

→Conclusion : Petite lésion sous corticale pariétale droite, d'allure ischémique au stade aigue

Micro lésions de démyélinisation de la substance blanche sous corticale, d'allure vraisemblablement vasculaire

B-Radiographie pulmonaire :

-Absence de foyer pulmonaire d'allure évolutive

-Respect de la silhouette cardio médiastinale

-Absence d'anomalie pleuro pariétale

C-ECG :

Tachycardie sinusale

-Bilans biologiques :

Sodium : 129 mEq/l (basse) Potassium :3.8 mEq/l Chlorures :88 mEq/l Réserve Alcaline : 18 mEq/l (basse)

Calcium : 91 mEq/l Glycémie :5.54 g/l (trop élevée)

Protéines : 68 g/l Urée : 1.47 g/l Créatinine : 25.37 mg/l (insuffisance rénale)

Bilirubine totale : 7.77 mg/l Bilirubine direct : 3.65 mg/l

CRP : 235.2 mg/l (élevée) Troponine : 14.070 pg/ml Procalcitonine : 1.30 ng/ml

→Diagnostic :

AVC ischémique responsable de coma avec convulsions sur diabète HTA et insuffisance rénale

-Prise en charge :

-Oxygénothérapie

- Gardénal en perfusion

-Keppra+ Dépakine

-Ceftriaxone devant les signes de pneumopathie d'inhalation

-Oedes

-Lovenox

-Bas de contention

-Evolution :

-Amélioration progressive en deux jours avec GCS à 15

-Le patient a récupéré le déficit gauche et disparition des convulsions

-L'état hémodynamique et la fonction respiratoire sont restés stable

-La patient est transféré en service de m

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi