



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 7 c_1

Stage clinique

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation : Radiologie

Date debut de stage: 20-09-2021

Date fin de stage: 18-10-2021

Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : observation cas clinique BPCO IDENTIFIANT PATIENT : INTITULE DOSSIER : observation cas clinique BPCO		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim Etablissement : Faculté de Médecine Générale Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique TYPE : CAS D'ETUDE			

Présentation

Cas clinique stage

Il s'agit de Mr X âgé de 56 ans, célibataire, sans enfants habitant et originaire de Rabat.

Motif de consultation: Toux chronique

Antécédents:

Personnels:

- o Médicaux: pas d'HTA, pas de diabète, pas de dyslipidémie, pas de néphropathie, ni de cardiopathie, pas de maladie de système.
- o Allergique: pas de terrain atopique
- o Toxique: tabagisme chronique à 15 P/A, pas d'alcoolisme ni de consommation d'aucune autre substance.
- o Chirurgicaux: pas d'antécédent chirurgicaux.

Familiaux: pas de diabète, pas d'HTA, ni de cancer dans la famille.

Histoire de la maladie:

La symptomatologie remonte à plusieurs mois par l'installation d'une toux chronique diurne, accompagnée des expectorations matinales de couleur blanchâtre de plus en plus fréquentes, d'une dyspnée de stade 3 qui s'est installée progressivement. Le

patient ne rapporte pas de douleurs, pas de vomissements.
le tout voluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation
de l'état général.

Examen clinique:

Examen général:

- o Bonne orientation temporelle et spatiale
- o Mauvais état général
- o conjonctives normocolores
- o score de Glasgow (15/15)
- o fréquence cardiaque:
- o fréquence respiratoire:
- o IMC:
- o TA:
- o SaO₂:
- o glycémie à jeun
- o température

Examen abdominal:

- o Inspection:
 - o pas de cicatrice
 - o pas de ballonnement
 - o pas d'angiome stellaire
 - o ombilic normalement plissé
 - o pas de circulation veineuse collatérale
- o Palpation:
 - Sensibilité normale
 - Pas de défense ou de contracture.
 - Pas de masse
 - Pas de globe vésical
 - Pas d'hépatomégalie
 - Pas de splénomégalie
 - Les orifices herniaires sont libres

o percussion:

o matit pre hepatique conserve

o Auscultation:

o les bruits hydro aeriques presents et normaux

o pas de souffle vasculaire abdominale

Examen cardiovasculaire:

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collaterale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'edemes des membres inferieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hepato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien percu au niveau du 5eme espace intercostal gauche sur la ligne medio-claviculaire,
- Signe de Harzer negative

Auscultation :

- B1 et B2 bien percus au niveau des differents foyers, -
- Pas de souffles.

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Pas d'hippocratisme digital
- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales moins bien transmise au niveau du champ pulmonaire gauche et droite.

Percussion :

Sonorite normale

Pas de syndrome de condensation

Auscultation :

Murmures vésiculaires percus au niveau des champs pulmonaires droit et gauche,

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche équilibre.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est négatif.

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient la Barre et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

Examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito- pronateur, stylo-radial, rotulien et achilléen) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif Examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive,

arthrokinétique, tactile est sans particularité

Examen de la coordination des mouvements :

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

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs craniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe corneen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

Conclusion :

Patient âgé de 63 ans qui a pour antécédent un tabagisme chronique de l'ordre de 15 P/A , admis aux urgences pour des toux chroniques accompagnés par des expectorations blanchâtres chez qui l'examen clinique met en évidence une diminution bilatérale des vibrations vocales, le tout évoluant vers un contexte d'apnée et de conservation de l'état général.

examens paracliniques:

Radio:

- o distension thoracique (aplatissement des coupoles diaphragmatiques, horizontalisation des cotes, augmentation de l'espace clair retro-sternal, qu se voit vu sur le cliché de profil.)
- o Hyperclarté des champs pulmonaires
- o Aspect emphysemateux du parenchyme pulmonaire

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Observation cas clinique sinusite IDENTIFIANT PATIENT : INTITULE DOSSIER : Observation cas clinique Sinusite		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim Etablissement : Faculté de Médecine Générale Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique TYPE : CAS D'ETUDE			

Présentation

Cas clinique 2:

Identit :

Il s'agit de Y, g de 35 ans sans profession et non mari, originaire de Fs et habitant Rabat, non assur.

Motif de consultation : cphale en casque

Antcdents :

Personnels :

Médicaux

- Non diabétique
- Absence d'hypertension artérielle
- Pas de dyslipidémie
- Sans néphropathie, ni de cardiopathie et ni de pneumopathie

Allergique

- Patient non allergique

Toxique

- pas de consommation de tabac

- Non alcoolique ni toxicomane

Chirurgicaux

Aucun antcdent chirurgical

Familiaux :

pas de cas similaire

Histoire de la maladie :

- Le dbut de la symptomatologie remonte plusieurs jours par l'installation d'une cphale, persistante, d'intensité svre, en casque, ayant un retentissement majeur sur les activités quotidiennes accompagnée d'une douleur au niveau du sinus maxillaire droit, intense, non irradiante. le patient ne présente pas de prurit, ni des éternuements. le tout évoluant vers un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

- Examen clinique :

Examen gnral :

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace

- Bon tat gnral

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Frquence cardiaque : 89 BPM

- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min

- Indice de masse corporelle : 16 (Maigre)

- Tension artérielle : 130 mmhg/70 mmhg

- Glycémie jeun (0.8g/l)

- Température : 37 degré

Examen clinique:

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de rougeur, de voussure, fistulisation, de cicatrice

Palpation :

Douleurs perçues au niveau du sinus maxillaire droit

Aires Axillaires : sont libres

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

Les aires pitrochlennes et inguino-crurales sont libres.

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

Pas d'œdème digital

Pas d'œdème des membres inférieurs ni de circulation collatérale.

Palpation :

pas de choc de pointe.

Signe de Harzer négatif

Pas de reflux hépato jugulaire

Pas de frémissement au niveau des foyers

Auscultation :

Le rythme est régulier

Pas de frottement péricardique

Le B1 et B2 sont perçus en absence de souffle ou de bruit surajoutés

Les pouls périphériques sont présents et symétriques

Examen vasculaire :

Les pouls carotidiens, épitrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplitéaux et podieux sont perçus bilatéralement.

Signe de Homans négatif.

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et la preuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps
Examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif
Examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive,

arthrokinétique, tactile est sans particularité

Examen de la coordination des mouvements :

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

Manoeuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilit thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

ORL:

Conclusion:

le patient âgé de 35 ans, sans antécédents particuliers, admis pour céphalée chronique avec rhinorrhée purulente et dont l'examen clinique rapporte des douleurs au niveau du sinus maxillaire droit .

Examens paraclinique:

Radio: présence d'une opacité liquidienne qui voile le sinus maxillaire droit

Présence d'une masse au niveau du sinus maxillaire droit.

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : observation cas clinique masse abdominale IDENTIFIANT PATIENT : INTITULE DOSSIER : observation cas clinique masse abdominale		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim Etablissement : Faculté de Médecine Générale Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Il s'agit de Mme Z ge de 55 ans, marie, mre de 3 enfants, femme au foyer, habitante et originaire de Rabat, non assure.

Motif de consultation: Douleurs abdominales et constipations.

Antecedents:

Personnels:

Mdicaux

- Non diabtique

- Absence hypertension artérielle

- Pas de dyslipidémie

- Sans néphropathie, ni de cardiopathie et ni de pneumopathie

Allergique

- Patient non allergique

Toxique

- pas de consommation de tabac

- Non alcoolique ni toxicomane

Gynéco-obstétricaux :

- Mnarche : 14 ans
- G3P3
- Cycle rgulier
- Moyens de contraception oral

Chirurgicaux

Aucun antcdent chirurgical

Familiaux :

pas de cas similaire

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a plus de 3 semaines par l'installation d'une douleur abdominale intense et diffuse presente de facon permanente, sans facteur dclenchant ni aggravant associeune constipation, le tout voluant dans le

contexte d'apyrexie, sans altération de l'état général (Amaigrissement chiffré à 6kgs en 2mois)

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace
- Bon état général
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Fréquence cardiaque : 89 BPM
- Fréquence respiratoire : 18 Cycles/min

- Indice de masse corporelle : 16 (Maigre)
- Tension artérielle : 130 mmhg/70 mmhg
- Glycémie jeun (0.8g/l)
- Température : 37 degré

Examen abdominal :

Inspection :

Présence d'un ballonnement abdominal, un ombilic déplissé et d'une circulation veineuse collatérale

Pas de cicatrices, pas de voussure

Pas d'angiome stellaire

Palpation :

Signe de flot positif

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Prsence d'une matit dclive

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont moins prsents.

Pas de souffle vasculaire abdominal

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de rougeur, de voussure, fistulisation, de cicatrice

Palpation :

Douleurs perus au niveau du sinus maxillaire droit

Aire Axillaires : sont libres

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

Les airespitrochlennesetinguino-crurales sont libres.

Examen cardio-vasculaire :

Inspection :

Thorax est daspect normal et symtrique

Pas de pleur, de cyanose

Pas dhyperpulsabilitdes artres carotides

Pas de turgescence des veines jugulaires

Pas d'hippocratismes digitaux

Pas d'œdèmes des membres inférieurs ni de circulation collatérale.

Palpation :

pas de choc de pointe.

Signe de Harzer négatif

Pas de reflux hépato jugulaire

Pas de frémissement au niveau des foyers

Auscultation :

Le rythme est régulier

Pas de frottement péricardique

Le B1 et B2 sont perçus en absence de souffle ou de bruit surajoutés

Les pouls périphériques sont présents et symétriques

Examen vasculaire :

Les pouls carotidiens, épitrochléens, radiaux, cubitaux, fémoraux, poplités et pédiens sont perçus bilatéralement.

Signe de Homans négatif.

Conclusion:

Il s'agit de la patiente âgée de 55 ans ayant comme antécédents une prise de contraceptifs oraux admise pour douleurs abdominales accompagnées de constipations et dont l'examen clinique rapporte un ballonnement abdominal avec ombilic dépliant ainsi que la présence d'une circulation veineuse collatérale, avec signe de flot positif et la présence d'une matité déclive. Le tout évoluant vers un contexte de conservation de l'état général avec une perte de poids chiffrée à 6 Kg en 2 mois.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cas clinique cephalées et syndrome confusionnel IDENTIFIANT PATIENT : INTITULE DOSSIER : cas clinique cephalées et syndrome confusionnel		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim Etablissement : Faculté de Médecine Générale Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		
Présentation			

Il sagit de Mr X ag de 32 ans, celibataire, sans enfants, pas de profession, non assur.

Motif de consultation: cephales et syndrome confusionnel

ATCD:

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
 - Absence hypertension artrielle
 - Pas de dyslipidmie
 - Sans nphropathie, ni de cardiopathie et ni de pneumopathie

Allergique

- Patient non allergique

Toxique

- pas de consommation de tabac
 - Non alcoolique ni toxicomane

Chirurgicaux

Aucun antcdent chirurgical

Familiaux :

pas de cas similaire

Histoire de la maladie:

Le debut de la symptomatologie remonte a 1 jour par l'installation brutale d'une cephalée diffuse, tres intense, permanente, accompagne d'un syndrome confusionnel. le tout evoluant vers un contexte d'apyrexie et de conservation de l'etat general.

Examen gnral :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace
- Bon tat gnral
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 89 BPM
- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min
- Indice de masse corporelle : 16 (Maigre)
- Tension artérielle : 130 mmhg/70 mmhg
- Glycémie jeun (0.8g/l)
- Température : 37 degr

Examen abdominal:

o Inspection:

- o pas de cicatrice
- o pas de ballonnement
- o pas d'angiome stellaire
- o ombilic normalement plissé
- o pas de circulation veineuse collatérale

o Palpation:

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Les orifices herniaires sont libres

o percussion:

o matit pre hepatique conserve

o Auscultation:

o les bruits hydro aeriques presents et normaux

o pas de souffle vasculaire abdominale

Examen neurologique :

o Lexamen de la marche :

o Le patient balance les bras en marchant

o La marche equilibre.

o Lexamen de la station debout :

o Il est normal, sans particularite, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est negatif.

o Lexamen de la force musculaire :

o Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire

o Force musculaire globale : le patient tient le Barre et le Mingazzini et lepreuve des bras tendus est normale

o Force segmentaire est conservee dans tout le corps
Lexamen du tonus musculaire est present (signe de Froment negatif)

o Lexamen des reflexes osteotendineux (bicipital, tricipital, cubito- pronateur, stylo-radial, rotulien et achilleen) montre des reflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

o Le reflexe cutane plantaire est present, le signe de Babinski est negatif Lexamen des sensibilites thermo- algique, proprioceptive,

o arthrokinetique, tactile est sans particularite

o Lexamen de la coordination des mouvements :

o Manuvre doigt / nez au MS normale Manuvre talon /

genou au MI normale

- o Manoeuvre marionnettes normale
- o L'examen des nerfs craniens:
- o Nerf I : pas de troubles de l'odorat
- o Nerf II : il n'y a pas d'atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuité visuelle
- o Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)
- o Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe corneen est présent et la mastication est normale.
- o Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale
- o Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdité, pas de vertiges ou de déviation de l'index (les yeux fermés)
- o Nerf IX: Le réflexe nauséux est présent, il n'y a pas de gêne dans la déglutition.
- o Nerf X: pas de troubles de la phonation
- o Nerf XI: Le patient élève et abaisse les épaules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tête
- o Nerf XII: Le patient a une motricité normale de la langue

Conclusion:

Le patient âgé de 32 ans, admis aux urgences pour céphalée brutale accompagnée d'un syndrome confusionnel et chez qui l'examen clinique reste sans particularités. Le tout évoluant vers un contexte d'hyperpyrexie et de conservation de l'état général.

Examen para clinique:
Scanner cerebral: hyperdensité spontanée intraparenchymateuse.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : syndrome mediastinal		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : syndrome mediastinal		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		
Présentation			

Syndrome mediastinal:

CLINIQUE (1)

Douleur thoracique

Signes respiratoires : dyspne, toux,

wheezing, hmoptysies

Signes digestifs : dysphagie

Signes nerveux : syndrome de CBH,

hoquet, paralysie diaphragmatique

Signes vasculaires : syndrome cave

supérieur

Signes paritaux : tumfaction

CLINIQUE (2)

Signes généraux : AEG, fièvre, prurit

Syndromes dysacromliques

Compression mdullaie

Associations suggestives (ex : myasthnie)

Paraclinique:

Radiologie standar

Topographie:

Mdiastin Antérieur

- En avant de la face antérieure de la trache

-Etiologies:4T

Thyroïde

Thymus

Teratome

Terrible Lymphome

Lésions Thymiques

teratomas

Terrible Lymphome

Thymus normal

Dans la loge thymique (médiastin antérieur et
antérieur)

- Involue avec l'âge

- Identifiable scanographiquement jusqu'à 35 ans

- Normal: épaisseur inférieure à 1.3 cm

- Hyperplasie thymique
- Kyste thymique
- Thymolipome
- Thymome
- Carcinome thymique
- Tumeur carcinoïde thymique
- Lymphome thymique et métastases

Thymomes

- Tumeur thymique la plus fréquente
- Entre 50 et 60 ans

Aspect TDM : masse homogène de la loge thymique

- Parfois calcifications ou composante kystique (30%)
- Forme invasive (30%):

Envahissement des gros vaisseaux

Epanchement pleural

Extension trans diaphragmatique

Autres tumeurs thymiques

- Carcinome thymique

voquer si ganglions ou mtastases distance

- Carcinoïde thymique

Rare; syndrome endocrinien associé (cushing)

Tumeurs germinales

Terrible Lymphome

TYPES HISTOLOGIQUES

- Seminomes

- Teratomes

Matures, immatures ou malins

- Carcinomes embryonnaires

- Tumeurs vitellines

- Choriocarcinomes

Lésions du médiastin antéro-

inférieur

Angle cardiophrénique

- Kystes pleuropricardiques

- Lipomes

- Hémangiomes, lymphangiomes

- Hernies de la fente de Larrey

Médiastin moyen

- Entre la face antérieure de la

trache et le 1/3 antérieur du

corps vertébral

- Étiologies:

Adnopathies

Kyste bronchogénique

Masses digestives

Anomalies vasculaires

Adnopathies

Malin : Hodgkin, LNH

Métastase : cancer bronchique, digestif, uro-
génital

Sarcodose

Tuberculose

Silicose

Infection

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cas clinique cancer du sein		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cas clinique cancer du sein		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Cas clinique cancer de sein:

Il s'agit de Z ge de 56 ans sans profession et clibataire, originaire et habitanteRabat.

Motif de consultation: Depistage cancer de sein

ATCD:

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique

- Absence hypertension artérielle

- Pas de dyslipidémie

- Sans néphropathie, ni de cardiopathie ni de pneumopathie

Allergique

- Patient non allergique

Toxique

- pas de consommation de tabac

- Non alcoolique ni toxicomane

Chirurgicaux

Aucun antcdent chirurgical

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 14 ans
- Cycle rgulier
- Mnopause : 47 ans
- Moyens de contraception : Orale

Familiaux :

pas de cas similaire

HDM:

- Le debut de la symptomatologie remonte a plus de 2 mois par l'installation progressive d'une douleur intense

au niveau de la hanche gauche associe des cephalées matinales intense non calmé par des antalgiques et a des nausées, le tout évoluant dans le contexte d'apyrexie, sans altération de l'état général.

Examen général:

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Bon état général

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Fréquence cardiaque : 89 BPM

- Fréquence respiratoire : 18 Cycles/min

Examen snologique :

Inspection :

Absence de dissymtrie entre les deux seins

Aucune dformation

Peau normale

Mamelon non ombiliqu

Palpation :

Absence d'coulement mamelonnaire

Examen abdominal:

o Inspection:

o pas de cicatrice

o pas de ballonnement

o pas dangiome stellaire

o ombilic normalement pliss

o pas de circulation veineuse collaterale

o Palpation:

Sensibilite normale

Pas de defense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vesical

Pas d'hepatomegalie

Pas de splenomegalie

Les orifices herniaires sont libres

o percussion:

o matit pre hepatique conserve

o Auscultation:

o les bruits hydro aeriques presents et normaux

o pas de souffle vasculaire abdominale

Examen cardiovasculaire:

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collaterale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
 - Pas de reflux hépato-jugulaire,
 - Pas de thrill sus-sternal,
 - Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
 - Signe de Harzer négatif

Auscultation :

- B1 et B2 bien perçus au niveau des différents foyers, -
- Pas de souffles.

Conclusion:

Il s'agit de la patiente âgée de 56 ans admise pour douleurs de la hanche non calmées par des antalgiques accompagnées de nausées et dont l'examen clinique ne montre aucune particularité.

Examens para-cliniques:

Mammographie: Surcroît de calcification

Radiologie: fracture pathologique du corps femoral gauche

IRM: processus tumoral au niveau du lobe occipital droit

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : observation appendice		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : observation appendice		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		
Présentation			

Il s'agit de Mr X, ag de 35 ans, célibataire sans enfants, sans travail, habitant et originaire de Rabat.

Motif de consultation: Douleur abdominale

Antécédents:

Personnels:

Médicaux:

- Non diabétique
- Absence hypertension artérielle
- Pas de dyslipidémie

- Sans nphropathie, ni de cardiopathie ni de pneumopathie

Allergique

- Patient non allergique

Toxique

- pas de consommation de tabac

- Non alcoolique ni toxicomane

Chirurgicaux

Aucun antcdent chirurgical

Familiaux :

pas de cas similaire

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a plus de 24 heures par l'installation d'une douleur intense progressive continue au niveau de la fosse iliaque droite, sans irradiation, associe des nauses, des épisodes de diarrhée, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, sans altération de l'état général.

Examen clinique :

Examen général :

- Fréquence cardiaque : 110 BPM

- Indice de masse corporelle : 26

- Température : 38,5 °C

Examen abdominal:

Inspection:

- o pas de cicatrice

- o pas de ballonnement

- o pas d'angiome stellaire

- o ombilic normalement plissé

- o pas de circulation veineuse collatérale

o Palpation:

fosse iliaque droite sensible

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Les orifices herniaires sont libres

o percussion:

o matit pre hepatique conserve

o Auscultation:

o les bruits hydro aeriques presents et normaux

o pas de souffle vasculaire abdominale

Examen cardiovasculaire:

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collaterale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'edemes des membres inferieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hepato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien percu au niveau du 5eme espace intercostal gauche sur la ligne medio-claviculaire,
- Signe de Harzer negative

Auscultation :

- B1 et B2 bien percus au niveau des differents foyers, -
- Pas de souffles.

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Pas d'hippocratisme digital
- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales bien transmises au niveau du champ pulmonaire gauche et droite.

Percussion :

Sonorité normale

Pas de syndrome de condensation

Auscultation :

Murmures vésiculaires percus au niveau des champs

pulmonaires droit et gauche,

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

Examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes

normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive,

arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

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

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

Conclusion:

Le patient âgé de 35 ans, sans antécédents particuliers, admis pour douleurs abdominales aiguës sans signes associés et dont l'examen clinique rapporte des douleurs au niveau de l'hypochondre droit.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Mr A douleur thoracique		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER :		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		
Présentation			

Il sagit de Mr A ag de 65 ans, mari pre dun enfant, sans emploi, habitant et originaire de Rabat, non assur.

MDC: Douleur thoracique aigue

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Diabtique (Depuis 10 ans, sous traitement)

- Hypertendue

- Absence de dyslipidmie

- Absence de nphropathie, de cardiopathie et de pneumopathie

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Ancien tabagique en cours de sevrage (20 PA)

- Non thylique

- Non toxicomane

Familiaux:

pas de cas similaire

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 4 heures par l'installation d'une douleur thoracique brutale, intense, prcordiale associe des nauses, une dyspne , le tout voluant dans un contexte d'apyrexie, sans altration de l'tat gnral

Examen general:

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace

- Bon tat gnral

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 110 BPM
- Frquence respiratoire : 22 Cycles/min
- IMC: 26
- Tension artrielle : 160mmhg/70mmhg

Examen abdominal:

- o Inspection:
 - o pas de cicatrice
 - o pas de ballonnement
 - o pas dangiome stellaire
 - o ombilic normalement pliss

- o pas de circulation veineuse collaterale

- o Palpation:

- Sensibilite normale

- Pas de defense ou de contracture.

- Pas de masse

- Pas de globe vesical

- Pas d'hepatomegalie

- Pas de splenomegalie

- Les orifices herniaires sont libres

- o percussion:

- o matit pre hepatique conserve

- o Auscultation:

- o les bruits hydro aeriques presents et normaux

- o pas de souffle vasculaire abdominale

Examen cardiovasculaire:

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collaterale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif

Auscultation :

- Souffle diastolique au niveau du foyer aortique

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche équilibrée.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps
L'examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

L'examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif
L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive,

arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

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

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

Conclusion:

le patient ag de 65 ans, tabagique en cours de sevrage, admis pour douleurs thoracique aigue associs a une dyspne et des nauses et dont lexamen clinique rapporte un souffle diastolique au niveau du foyer aortique.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : interpretation scanner		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : interpretation scanner		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		
Présentation			

Signe de liceberg:

Lesigne de l'icebergousignethoraco-abdominal dfinit une masse mdiastinale infrieure dont le contour externe traverse le diaphragme en s'cartant du rachis. Quand lesigneest prsent, le sige thoraco-abdominal peut tre affirm.

Signe de recouvrement du hile:

Permet de ddifferencier une masse siegant dans le mediastin anterieur dune cardiomegalie ou dun epanchement pericardique.

Signes cervico-thoraciques: limites superieure au dessus du clavicule alors cest une masse anterieure

lorsque la limite claviculaire est visible alors la masse est

postérieure.

Signe de la convergence: lorsque les vaisseaux du poumon sont visibles au travers de l'opacité, celle-ci est une masse médiastinale pathologique.

interprétation d'un scanner:

Il s'agit d'un scanner avec produit de contraste, passant par le foie, l'estomac et la rate. Le foie est de taille normale avec un contour régulier.

on remarque la présence des formations arrondies, hypodenses (densité liquidienne multilobulaire).

les 2 lobes ont une différence de densité donc présence d'un trouble de perfusion.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Observation Mr B cas clinique		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Mr B. B.		Formation : Médecine Générale	

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Il sagit de Mr B ag de 56 ans, mari pre dun enfant, sans emploi, habitant et originaire de Rabat, non assur.

Motif de consultation : Douleur abdominale aigue

Antecedents:

Personnels:

o Medicaux: pas dHTA, pas de diabete, pas de dyslipidemie, pas de nephropathie, ni de cardiopathie, pas de maladie de systme.

o Allergique: pas de terrain atopique

o Toxique: pas de tabigisme, pass dethylisme ni de consommation daucune autre substance.

o Chirurgicaux: pas d'antécédent chirurgicaux.

Familiaux: pas de diabète, pas d'HTA, ni de cancer dans la famille.

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 12 heures par l'installation d'une douleur au niveau de l'hypocondre droit d'une manière progressive associée des nausées et une diarrhée, le tout évoluant dans un contexte d'une fièvre, sans altération de l'état général

Examen général:

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Bon état général

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 110 BPM
- Frquence respiratoire : 22 Cycles/min
- IMC: 26
- Tension artrielle : 160mmhg/70mmhg

Examen abdominal:

- o Inspection:
 - o pas de cicatrice
 - o pas de ballonnement
 - o pas dangiome stellaire
 - o ombilic normalement pliss

o pas de circulation veineuse collaterale

o Palpation:

sensibilit anormale au niveau de l'hypochondre droit

Pas de defense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vesical

Pas dhepatomegalie

Pas de splenomegalie

Les orifices herniaires sont libres

o percussion:

o matit pre hepaticque conserve

o Auscultation:

o les bruits hydro aeriques presents et normaux

o pas de souffle vasculaire abdominale

Examen cardiovasculaire:

Inspection :

- Pas de circulation veineuse collaterale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif

Auscultation :

- Souffle diastolique au niveau du foyer aortique

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche équilibrée.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Examen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps
L'examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

L'examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif
L'examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive,

arthrokinétique, tactile est sans particularité

L'examen de la coordination des mouvements :

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

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

le patient ag de 56 ans, admis pour douleurs abdominale aigue associs a des diarhes et des nauses et dont lexamen clinique rapporte une sensibilit au niveau de lhypochondre droit. le reste de lexamen clinique reste sans particularits. le tout evoluant vers un contexte febrile et de conservation de letat general.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : semiologie radiologique osseuse		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Semiologie radiologique osseuse		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Lésions lmentaires :

Densit : Condensante ou lytique

Limites : Bien dfinies / mal dfinies

Contours : Rgulier / en carte gographique / irrreguliers

Taille

Position : Epiphyse / Mtaphyse / Diaphyse , Corticale / Mdullaire

Unique ou multiples

Liser de sclrose

Raction prioste

Calcification

Rupture de la cortical

Souffle de l'os

Atteinte des parties molles

Losteosarcome:

Losteosarcome est la première tumeur maligne osseuse primitive affectant l'enfant et l'adolescent.

Losteosarcome conventionnel touche les os longs dans 70 à 80% des cas:

- près du genou: fémur distal de 40 à 45%, tibia proximal de 15 à 20%,
- humerus proximal de 10 à 15%,
- os plats et bassin plus rares : pelvis 10%, chondroblastique et souvent secondaires

Les radiographies standard de face et de profil permettent souvent de poser le diagnostic. On recherchera les signes classiques d'agressivité lésionnelle: tumeur de grande taille, envahissement des parties molles, aspect miteux ou lyse de la corticale, réaction périostée agressive : pluri lamellaire discontinue, perpendiculaire à la surface osseuse (en feu de forêt), avec éperon de Codman : 80 à 90% des cas.

Le scanner n'est pas nécessaire de façon systématique au bilan d'extension locale.

Il permet cependant en complément de la radiographie de mieux identifier la matrice minéralisée et de mieux apprécier

la reaction periostee.

LIRM est indispensable dans le bilan pre-therapeutique d'un osteosarcome grace a sa meilleure resolution spatiale et surtout son meilleur contraste.

Elle permet d'apprécier la taille lesionnelle, l'extension intra medullaire et dans les parties molles.

Le chondrosarcome:

Touche le cartilage, il represente la tumeur osseuse maligne la plus frequente apres osteosarcome et touche beaucoup plus les adultes apres l'age de 40 ans.

Il est d'évolution lente donc le diagnostic est tardif.

Le sarcome d'Ewing:

Les sarcomes d'Ewing sont des sarcomes à cellules rondes affectant communément les os longs des enfants.

Les tumeurs osseuses de Ewing sont le plus souvent rencontrées dans la diaphyse (ou la région métadiaphysaire) des os longs (70% des cas).

Le plus souvent, le sarcome d'Ewing apparaît comme une lésion destructive (multiples petits trous), intra-médullaire, dans la diaphyse d'un os long chez un enfant. Plus rarement, la lésion peut être avoir un caractère mixte, c'est-à-dire lytique et sclérotique. Une apposition périoste plurilamellaire dite en bulbe d'oignon ou spicule en rayons de soleil (lamelles perpendiculaires à la diaphyse) peut être présente.

Le myélome multiple:

- Hémopathie maligne provenant de la prolifération anormale de plasmocytes
- En plus de causer une infiltration diffuse de la moelle, le myélome entraîne la formation de multiples plaques d'ostéolyse, bien limitées, souvent disséminées sur l'ensemble du squelette

ce sont des lésions multiples à l'emporte-pièce, éparses sur l'ensemble du squelette.

Parfois localisation unique : **plasmocytome solitaire**

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Semiologie radiologique osseuse 2e partie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITULE DOSSIER : Semiologie radiologique osseuse 2e partie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Fibrome Non-Ossifiant

- Ostochondrome (O. Solitaire & Mal. Exostoses Multiples)
- Enchondromatose (maladie d'Ollier)
- Ostome Osteode / Osteblastome
- Kyste Osseux Essentiel
- Kyste Osseux Anvrismal
- Dysplasie Fibreuse
- Granulome eosinophile / Histiocytose de Langerhans
- Tumeurs Cellules Gantes
- Chondroblastome

...

Conduite a tenir devant une TOB

- TB vidente + asymptomatique : Abstention
- TB a potentiel volutif : Chirurgie
- TB asymptomatique + topographie preoccupante : Chirurgie ou par percutane
- TB symptomatique : Chirurgie / radiologie percutan
- Diagnostic incertain TDM, parfois IRM : biopsie

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Semiologie radiologique osseuse 3e partie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Semiologie radiologique osseuse 3e partie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

L'ostomyélite :

Est l'inflammation et la destruction des os dues des bactéries, des mycobactéries ou des champignons.

Les symptômes habituels sont des douleurs osseuses localisées avec des symptômes généraux (en cas d'ostomyélite aigu), mais sans symptômes généraux (en cas d'ostomyélite chronique).

Le diagnostic repose sur l'imagerie et les cultures. Le traitement repose sur les antibiotiques et parfois la chirurgie, le terme d'ostomyélite est réservé aux infections osseuses par voie hématogène.

L'osteoarthrite (OA) :

Est provoquée par la perte du cartilage qui couvrent les extrémités d'os et fournissent un effet de amortissement entre les os.

N'importe quels dégâts au cartilage peuvent entraîner la douleur sévère, le gonflement, et la dureté dans les joints, entraînant la difficulté de mouvement.

Si non géré correctement, les os peuvent être affectés et les dents (petite conséquence d'os) peuvent être développées graduellement.

D'ailleurs, une inflammation locale provoquée par l'arthrite peut davantage endommager le cartilage, rendant la condition plus douloureuse.

Le terme ostite est un terme générique qui définit une infection de l'os, quelle que soit la nature (bactérienne, mycotique ou parasitaire) et quel que soit le mode de contamination du tissu osseux.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Semiologie radiologique 4e partie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Semiologie radiologique 4e partie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Smiologie Articulaire

2 incidences90

(face et profil)

Une vue en

charge de

l'articulation

Grands Clichs

Smiologie articulaire

lmentaire

L'interligne articulaire

Surfaces articulaires

Rgulier

Irrgulier

Rgions piphysaires

Dminralisation

Ostocondensation

Parties molles

Tumfactions

Calcifications intra ou pri articulaires

Ossifications (ostome/syndesmophyte)

Axes du segment de membre

Interligne Articulaire

-Pincement (arthrose /arthrite)

-Disparition (ankylose)

Elargissement

Epanchement articulaire

Epaississement du cartilage articulaire

Smiologie de l'arthrose

1-Pincement localis

de l'interligne
2-Ostocondensation
3-Ostophyte
1-Gode sous
chondrale

ARTHRITE

-2
1-Pincement de
l'interligne DIFFUS
3-Demineralisation sous
chondrale
4-Pas d'ostophyte
5-rosions marginales
6-Dminralisation
7-Gonflement des parties molles

Etiologies

Arthrites infectieuses
Staphylocoque, streptocoque
Tuberculose
Rhumatismes infectieux
Rhumatismes inflammatoires
Polyarthrite rhumatoide
Spondylarthrite ankylosante
Arthropathies mtaboliques
Chondrocalcinose
Goutte

Arthrite inflammatoire
Pincement
articulaire diffus
Pas d'ostophyte

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : le TDM		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : le TDM		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	CAS D'ETUDE		

Présentation

Tomodensitomtrie:

La tomodensitomtrie est l'examen de choix pour l'valuation des pancratites aiges et dtecter leurs complications.

La pancratite aige se manifeste par un aspect agrandie, largie de la glande pancratique. Les contours du pancras sont mal dlimits. Une quantit minime de liquide peut tre visible toute autour de la glande pancratique et la graisse au voisinage du pancras peut avoir un aspect enflamm.

Des coupes tomodensitomtriques sans injection de contraste permettent de dceler des foyers hmorragiques. Des coupes effectues aprs injection intra veineuse de contraste peuvent rvler l'absence de prise de contraste de zones du parenchyme pancratique, ce qui corresponddes zones de ncrose. De tels signes sont indicatifs d'une pancratite aige svre ("pancratite ncrosante").

Le liquide inflammatoire qui accompagne la pancratite aige peut s'encapsuler et former un pseudokyste. Certains vont disparaitre spontanment, d'autres vont crotre ou occasionner des douleurs. Cette dernire catgorie requiert gnralement un traitement. Un drainage sous scanner est une des nombreuses possibilit.

Un pseudoanvrisme de l'artre splnique est une complication rare des pancratites aiges. Les pseudoanvrismes sont de petites poches remplies de sang qui sont en communication avec l'artre splnique. Comme ces pseudoanvrismes n'ont pas de paroi, elles ont tendances'agrandir au cours du temps etse rompre. Le scannerrayons X avec injection de contraste est performant dans la dtection des pseudoanvrismes.

Imagerie par rsonance magntique (IRM):

Les squences pondres en T2 permettent de rechercher les calculs biliaires (cholangio-IRM). Sur les squences T1 graisse supprim, le signal du pancras normal est hyperintense relativement au foie. En cas de pancratite aige, le pancras est agrandi et prsente un signal htrogne, hypointense. Les squences aprs injection de gadolinium permettent de dtecter les zones de ncrose du pancras. L'imagerie par rsonance magntique (IRM) est aussi performante dans la recherche des complications d'une pancratite aige: collections liquidiennes cloisonnes ou non, thromboses, pseudoanvrismes.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Mustapha B		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Mustapha B B		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Mustapha B. g de 56 ans sans profession et non mari, originaire de Fs et habitantRabat, non assur.

Motif de consultation : Toux chronique

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique

- Absence hypertension artérielle

- Pas de dyslipidémie

- Sans néphropathie, ni de cardiopathie et ni de pneumopathie

Allergique

- Patient non allergique

Toxique

- Tabagisme chronique (15 P.A)

- Non alcoolique ni toxicomane

Chirurgicaux

Aucun antcdent de chirurgie

Familiaux :

Aucun

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a plus de 6 mois par **l'installation** d'une toux qui s'aggrave au fil du temps sans crachat associée à une dyspnée d'effort, le patient ne rapporte pas des signes de troubles de transit ni urinaire. Le tout évolue dans un contexte **d'apyrexie**, sans **altération de l'état général**.

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace

- Bon tat gnral
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 89 BPM
- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min
- Indice de masse corporelle : 16 (Maigre)
- Tension artrielle : 130 mmhg/70 mmhg
- Glycmiejeun (0.8g/l)
- Temperature : 37 degr

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas d'Ombilic dpliss

Palpation :

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

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

- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hépato-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,

- Signe de Harzer négatif

- Auscultation :

- B1 et B2 bien perus et rguliers au niveau des diffrents foyers,
- Absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, humraux, cubitiaux, fmoraux, poplits, pdieux, tibiaux) sont symtriques et bien perus

Signe de Homans ngatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- Déformation du thorax
- Absence de cicatrices
- Cyanose
- Hippocratisme digital
- Signe de Hoover : Diminution du diamètre antrolatral du thorax lors de l'inspiration
- Expiration à lèvre pincée
- Signe de Campbell

Palpation :

Vibrations vocales (Transmis au niveau des deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorit normale

Auscultation :

Murmure vsiculaire (Peru au niveau des champs pulmonaires droit et gauche)

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutan normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochlennes normaux

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibr.

Examen de la station debout :

Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est negatif.

Examen de la force musculaire :

Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

Examen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Examen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Examen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Examen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manuvre talon / genou au MI normale

Manoeuvre des marionnettes normale

L'examen des nerfs crniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilit thermo-algique de la face et les 2/3 antrieurs de la langue est prsente et est conserve, le rflexe cornen est prsent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symtrique, il ne prsente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes)

Nerf IX: Le rflexe nausieux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte

Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue

Conclusion :

Patient ag de 56 ans, **tabagique chronique 15P/A**, qui consulte pour une **toux chronique et une dyspne d'effort (Stade 2 de NYHA)** , chez qui l'examen clinique dmontre la prsence du signe de Campbell, expiration a lvre pince, cyanose, hippocratisme digital et d'une dformation du thorax , le tout voluant dans un contexte d'apyrexie sans altration de l'tat gnral.

Hypotheses diagnostic :

- BPCO

- Bronchectasie

Examens complémentaires :

- Radiographie du thorax :

1- Distension thoracique

2- Hyperclart des champs pulmonaires

- Scanner thoracique :

1- Hyperclart diffuse des champs pulmonaires

2- Bulles d'emphyseme multiple au niveau du champ pulmonaire droit

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Ismail Y		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Ismail Y		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité : Il s'agit de Ismail Y. g de 35 ans sans profession et non mari, originaire et habitant Rabat, non assuré. Motif de consultation : Céphalée chronique Antécédents Personnels : Médicaux - Non diabétique - Absence d'hypertension artérielle - Absence de dyslipidémie - Absence de néphropathie, de cardiopathie, de pneumopathie Allergique - Absence de terrain atopique Toxique - Non tabagique - Non alcoolique - Non toxicomane Chirurgicaux - Le patient a subi aucune chirurgie Familiaux : - Absence d'antécédents familiaux ou de cas similaires Histoire de la maladie : - La symptomatologie remonte il y a 2 mois par l'installation d'une céphalée chronique en forme de casque non irradiante et d'intensité variable associée à un coulement du pus jaune du nez, une hyposmie, une halitose et aussi une sensation de congestion au niveau du nez, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie, sans altération de l'état général - Examen clinique : Examen général : - Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace - Bon état général - Conjonctives normocolores - Score de Glasgow 15/15 - Fréquence cardiaque : 89 BPM - Fréquence respiratoire : 18 Cycles/min - Indice de masse corporelle : 18 - Tension artérielle : 120 mmHg/70 mmHg - Glycémie jeûne (0.8g/l) - Température : 37 °C Examen abdominal : Inspection : Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement, Pas de circulation veineuse collatérale Pas de angiome stellaire Pas de Mtorisme Pas d'Ombilic déplissé Palpation : Sensibilité normale Pas de défense ou de contracture. Pas de masse Pas de globe vésical Pas de hépatomégalie Pas de splénomégalie Les orifices herniaires sont libres Percussion : Matité hépatique conservée Auscultation : Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux. Pas de souffle vasculaire abdominal. Examen cardiovasculaire : - Inspection : - Pas de circulation veineuse collatérale, - Pas d'angiomes stellaires - Pas de cicatrices, - Pas de turgescence des veines jugulaires, - Pas de œdèmes des membres inférieurs - Palpation : - Pas de reflux hépato-jugulaire, - Pas de thrill sus-sternal, - Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{ème} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire, - Signe de Harzer négatif - Auscultation : - B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers, - Pas de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop. Examen vasculaire : Palpation : Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédiens, tibiaux) symétriques et bien perçus Signe de Homans négatif Examen pleuropulmonaire : Inspection : - La morphologie du thorax est normale - Absence de cicatrices - Signes de lutte respiratoire - Absence d'Hippocratisme digital Palpation : Vibrations vocales (Transmises au niveau des deux champs, de façon symétrique) Percussion : Sonorité normale Auscultation : Murmure vésiculaire (Perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche) Examen des aires ganglionnaires : Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutané normale Palpation : Ganglions : aires

cervicales, axillaires, pi trochlenns normaux Examen neurologique : L'examen de la marche : Le patient balance les bras en marchant La marche quilibre. L'examen de la station debout : Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est ngatif. L'examen de la force musculaire : Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'preuve des bras tendus est normale Force segmentaire est conserve dans tout le corps L'examen du tonus musculaire est prsent (signe de Froment ngatif) L'examen des rflexes ostotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des rflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis) Le rflexe cutan plantaire est prsent, le signe de Babinski est ngatif L'examen des sensibilits thermo-algique, proprioceptive, arthrokintique, tactile est sans particularit L'examen de la coordination des mouvements : Manuvre doigt / nez au MS normale Manuvre talon / genou au MI normale Manuvre des marionnettes est normale L'examen des nerfs crniens: Nerf I : pas de troubles de l'odorat Nerf II : il n'y a pas atteinte des champs visuels ni de baisse de l'acuit visuelle Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis) Nerf V: Sensibilit thermo-algique de la face et les 2/3 antrieurs de la langue est prsente et est conserve, le rflexe cornen est prsent et la mastication est normale. Nerf VII: Le visage du patient est symtrique, il ne prsente pas de paralysie faciale Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes) Nerf IX: Le rflexe nausieux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition. Nerf X: pas de troubles de la phonation Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue Conclusion : Patient ag de 35 ans, qui consulte pour une cphale chronique en forme de casque non irradiante et d'intensit svre associes coulement du pus jaune du nez, une hyposmie, une halitose et aussi une sensation de congestion au niveau du nez, le tout voluant dans un contexte d'apyrexie, sans altration de l'tat gnral. Examens complmentaires : - Radiographie du crane : (Incidence de Blondeau) 1- Opacit avec niveau hydro-arique du sinus maxillaire droit 2- Transparence normale des autres sinus de la face

Motif

Antcdents

Interrogatoire

Hypothse

Examen

Diagnostic

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Khadija L		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Khadija L		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

Identit :

Il s'agit de Khadija L. ge de 56 ans sans profession et clibataire, originaire et habitanteRabat.

Motif de consultation : Dpistage du cancer du sein

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Absence d'Hypertension artrielle
- Absence de dyslipidmie
- Absence de nphropathie, de cardiopathie et de pneumopathie

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 14 ans
- Cycle rgulier
- Mnopause : 47 ans
- Moyens de contraception : Orale

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non thylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- La patiente n'a subit aucune chirurgie

Familiaux :

- Aucun antcdent familial

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a plus de 2 mois par **installation** progressive d'une douleur intense au niveau de la hanche gauche **associée** des céphalées matinales intenses non calmées par des antalgiques et à des nausées, le tout évoluant dans le contexte **d'apyrexie**, sans **altération de l'état général**.

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace
- Bon état général
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Fréquence cardiaque : 89 BPM
- Fréquence respiratoire : 18 Cycles/min
- Indice de masse corporelle : 18
- Tension artérielle : 129mmHg/70mmHg
- Glycémie jeûne (0.8g/l)
- Température : 37 °C

Examen snologique :

Inspection :

Absence de dissymtrie entre les deux seins

Aucune dformation

Peau normale

Mamelon non ombiliqu

Palpation :

Absence d'coulement mamelonnaire

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas dangiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas d'Ombilic déplissé

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vésical

Pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matité pré-hépatique conservée

Auscultation :

Les bruits hydro-artériels sont présents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatérale,
- Pas d'angiomes stellaires
- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplites, pédiens, tibiaux)

symétriques et bien percus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire
- Absence d'Hippocratisme digital
- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner
- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau les deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

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

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutan normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochlennes normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibr.

Lexamen de la station debout :

Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est ngatif.

Lexamen de la force musculaire :

Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et lpreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conserve dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Lexamen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre des marionnettes est normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

Conclusion :

Patiente âgée de 56 ans qui consulte pour un dépistage du cancer du sein associé à une douleur intense au niveau de la hanche gauche, des céphalées matinales intenses non calmées par des antalgiques et à des nausées, chez qui l'examen clinique trouve, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général

Examens complémentaires :

Mammographie :

- Présence de microcalcifications en foyer au sein de l'opacité

- Opacit spicule de sige profond isole

Radiographie du bassin :

- Aspect htrogne de la trame osseuse avec prsence dimages lytiques et condensantes
- Fracture du col fmoral gauche (garden IV)
- Mtastases osseuses mixtes avec fracture pathologique associe

IRM crbral :

- Aspect de mtastase crbrale unique
- Effet de masse
- Oedme pri-lsionnel
- Lsion unique occipital droite rhausse en priphrie

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Hassan F	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Hassan F	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Mr. Hassan F. ag de 48 ans sans profession et pre de 2 enfants, originaire et habitantRabat.

Motif de consultation : Douleur thoracique

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Absence d'hypertension artrielle
- Absence de dyslipidmie
- Absence de nphropathie, de cardiopathie ou de pneumopathie

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non ethylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux : Le patient a subi aucune chirurgie

Familiaux :

- Aucun antcdent familial

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a 2 heures par **l'installation** d'une douleur thoracique intense brutale en coup de poignard continue **associe** une toux sche, le tout voluant dans un contexte **d'apyrexie**, sans **altération de l'état gnral**

- Examen clinique :

Examen gnral :

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace
- Bon tat gnral
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 100 BPM
- Frquence respiratoire : 22 Cycles/min
- Tension artrielle : 137mmhg/70mmhg
- Glycmie jeun (0.8g/l)
- Température : 37 degr

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Signes de lutte respiratoire

- Hippocratisme digital

Palpation :

Vibrations vocales sont diminuer au niveau du champ pulmonaire gauche

Percussion :

Syndrome de condensation (tympanisme au niveau du champ pulmonaire gauche)

Auscultation :

Murmure vsiculaire sont diminuer au niveau du champ pulmonaires gauche

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas dangiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit normale

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont prsents et normaux

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatrale,
- Pas dangiomes stellaires

- Pas de cicatrices,
- Pas de turgescence des veines jugulaires,
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Palpation :
- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négatif
- Auscultation :
- B1 et B2 bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers,
- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

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

Signe de Homans négatif

Examen osto-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

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

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, p. trochléennes normales

Examen neurologique :

Examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

Lexamen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Lexamen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Lexamen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manuvre doigt / nez au MS normale

Manuvre talon / genou au MI normale

Manoeuvre des marionnettes normale

L'examen des nerfs crniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilit thermo-algique de la face et les 2/3 antrieurs de la langue est prsente et est conserve, le rflexe cornen est prsent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symtrique, il ne prsente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes)

Nerf IX: Le rflexe nausieux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte

Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue

Conclusion :

Patient ag de 48 ans, qui consulte pour une douleur thoracique aigue intense brutale en coup de poignard continue (Depuis 2 heures) **associe** une toux sche, chez qui l'examen clinique trouve un hippocratisme digital, une lutte respiratoire, diminution des murmures vsculaires et des vibrations vocales et un tympanisme au niveau du champ pulmonaire gauche, le tout voluant dans un contexte d'apyrexie sans altration de l'tat gnral

Examens complmentaires :

Radiographie du thorax :

- Pas de dviation du mdiastin
- Hyperclart au niveau du champ pulmonaire gauche

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Kamal L	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Kamal L	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Kamal L. ag de 35 ans sans profession et non mari, originaire et habitantRabat.

Motif de consultation : Douleur abdominale

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Absence d'hypertension artrielle
- Absence de dyslipidmie
- Pas de nphropathie ni de cardiopathie ou de pneumopathie

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non thylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux : Aucun antcdent de chirurgie

Familiaux :

- Absence d'antcdent familial ou de cas similaires

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a plus de 24 heures par **installation** d'une douleur intense progressive continue au niveau de la fosse iliaque droite **associe** des nauses, des pisodes de diarrhe, le tout voluant dans un contexte **de fivre, sans altration de l'tat gnral.**

- **Examen clinique :**

Examen gnral :

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace
- Bon tat gnral
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 110 BPM
- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min
- Indice de masse corporel : 26
- Tension artérielle : 120mmhg/70mmhg
- SaO2 : (97%)
- Glycémie jeun (0.8g/l)
- Température : 38 degr

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Sensibilit au niveau de la fosse iliaque droite

Dfense de la fosse iliaque droite

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont prsents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

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

- Palpation :

- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négative

- Auscultation :

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

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplites, pédiens, tibiaux)
symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

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

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau des deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

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

Examen des aires ganglionnaires :

Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, tat cutan normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pi trochlennes normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibr.

Lexamen de la station debout :

Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est ngatif.

Lexamen de la force musculaire :

Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et lpreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conserve dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est prsent (signe de Froment ngatif)

Lexamen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre des marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de dviation de l'index (les yeux fermes)

Nerf IX: Le rflexe nausieux est prsent, il n'y a pas de gne dans la dglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient lve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte

Nerf XII: Le patient a une motricit normale de la langue

Conclusion :

Patient ag de 35 ans, qui consulte pour une douleur abdominal aigue intense progressive continue au niveau de la fosse iliaque droite **associe**des nauses, des pisodes de diarrhe, chez qui l'examen clinique trouve une sensibilit et une dfense au niveau de la fosse iliaque droite, le tout voluant dans un contexte **de fivre, sans altration de l'tat gnral.**

Examens complmentaires :

Scanner abdominal :

- Appendice distendu
- Rhaussement de la paroi
- Absence d'air intraluminal
- Infiltration de la graisse priappendiculaire

- Epaississement du caecum en regard

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Yasser		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
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 Mr. Yasser ag de 46 ans sans profession et clibataire, originaire et habitantRabat, non assur.

Motif de consultation : Douleur abdominale aigue

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Absence d'hypertension artrielle
- Absence de dyslipidmie
- Absence de nphropathie, de cardiopathie et de pneumopathie

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non thylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux : Le patient a subi aucune chirurgie

Familiaux :

- Absence d'antcdents familiaux

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 12 heures par **l'installation** d'une douleur au niveau de l'hypocondre droit d'une manière progressive **associée** des nausées et une diarrhée, le tout évoluant dans un contexte **d'une fièvre**, sans **altération de l'état général**

- Examen clinique :

Examen gnral :

- Patient conscient bien orient dans le temps et dans l'espace
- Bon tat gnral
- Conjonctives jaunatre
- Score de Glasgow (15/15)
- Frquence cardiaque : 110 BPM
- Frquence respiratoire : 26 Cycles/min
- Indice de masse corporelle : 18
- Tension artrielle : 125 mmhg / 70 mmhg
- Glycmie jeun (0.8g/l)
- Température : 38.5 degr

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatrale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas dOmbilic dpliss

Palpation :

Signe de Murphy

Pas de dfense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vsical

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont prsents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

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

- Palpation :

- Pas de reflux hépato-jugulaire,
- Pas de thrill sus-sternal,
- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,
- Signe de Harzer négative

- Auscultation :

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

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplites, pédiens, tibiaux)
symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

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

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau des deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

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

Examen osto-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

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

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, p. trochléennes normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibre.

Lexamen de la station debout :

Il est normal, sans particularité, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermés le signe de Romberg est négatif.

Lexamen de la force musculaire :

Absence d'atrophie ou d'hypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et l'épreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conservée dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Lexamen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilit thermo-algique de la face et les 2/3 anterieurs de la langue est presente et est conserve, le reflexe corneen est present et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symetrique, il ne presente pas de paralysie faciale

Nerf VIII: Pas d'hypoacousie ni de surdit, pas de vertiges ou de deviation de l'index (les yeux fermes)

Nerf IX: Le reflexe nausieux est present, il n'y a pas de gne dans la deglutition.

Nerf X: pas de troubles de la phonation

Nerf XI: Le patient leve et abaisse les paules normalement et il est capable de faire la rotation, l'extension et la flexion de la tte

Nerf XII: Le patient a une motricite normale de la langue

Conclusion :

Patient ag de 46 ans, qui consulte pour une douleur au niveau de l'hypocondre

droit **associe** des nausées et une diarrhée, chez qui l'examen clinique trouve un signe de Murphy et un ictère, le tout évoluant dans un contexte fébrile sans altération de l'état général.

Examens complémentaires :

Echographie :

1- Dilatation des voies biliaires

2- Obstacle biliaire

Scanner abdominal :

1- Calcul du bas choldoque

2- Epaissement parital

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Malak		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
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 Mme. Malak ag de 45 ans sans profession et mre de 3 enfants, originaire et habitante Rabat.

Motif de consultation : Douleur lombaire droite

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabétique
- Non hypertendue
- Absence de dyslipidémie
- Pas d'antécédents de néphropathie, de cardiopathie ou de pneumopathie

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 14 ans
- G3P3
- Cycle rgulier
- Moyens de contraception : Oral

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non thylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux : Elle a subit aucune chirurgie

Familiaux :

- Pas d'antcdents familiaux

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 12 heures par **installation** d'une douleur lombaire droite intense paroxystique irradiant vers les organes génitaux externes sans facteur calmant **associé** des nausées et vomissements, le tout évoluant dans le contexte **d'apyrexie**, sans **altération de l'état général**

- Examen clinique :

Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace
- Bon état général
- Conjonctives normocolores
- Score de Glasgow (15/15)
- Fréquence cardiaque : 110 BPM
- Fréquence respiratoire : 22 Cycles/min
- Tension artérielle : 125mmHg/70mmHg
- Glycémie jeun (0.8g/l)
- Température : 37 °C

Examen néphrologique :

Inspection :

- Absence de voussure
- Absence de cicatrice
- Absence d'inflammation

Palpation :

- Absence de contact lombaire

Auscultation :

- Absence de souffle de l'artère rénale

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de Mtorisme

Pas d'Ombilic déplié

Palpation :

Sensibilité normale

Pas de défense ou de contracture.

Pas de masse

Pas de globe vscal

Pas dhpatomgalie

Pas de splnomgalie

Les orifices herniaires sont libres

Percussion :

Matit pr-hpatique conserver

Auscultation :

Les bruits hydro-ariques sont prsents et normaux.

Pas de souffle vasculaire abdominal.

Examen cardiovasculaire :

- Inspection :

- Pas de circulation veineuse collatrale,

- Pas dangiomes stellaires

- Pas de cicatrices,

- Pas de turgescence des veines jugulaires,

- Pas d'œdèmes des membres inférieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hépato-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

- Choc de pointe bien perçu au niveau du 5^{me} espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire,

- Signe de Harzer négative

- Auscultation :

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

- Absence de souffles, absence de bruit surajout, Pas de bruit de galop.

Examen vasculaire :

Palpation :

Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplits, pédiens, tibiaux)
symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire

- Absence d'Hippocratisme digital

Palpation :

Vibrations vocales (Transmises au niveau des deux champs, de façon symétrique)

Percussion :

Sonorité normale

Auscultation :

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

Examen ostéo-articulaire :

Inspection :

Pas de déformations

L'aspect cutané est sans particularité.

Absence de masse.

Pas de raideur ou d'ankylose.

Pas de boiterie ou d'impotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilité : normale

Examen des aires ganglionnaires :

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

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, p. trochléennes normales

Examen neurologique :

Lexamen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche quilibr.

Lexamen de la station debout :

Il est normal, sans particularit, il est debout les pieds joints, yeux ouverts puis fermes le signe de Romberg est ngatif.

Lexamen de la force musculaire :

Absence datrophie ou dhypertrophie musculaire

Force musculaire globale : le patient tient le Barr et le Mingazzini et lpreuve des bras tendus est normale

Force segmentaire est conserve dans tout le corps

Lexamen du tonus musculaire est présent (signe de Froment négatif)

Lexamen des réflexes ostéotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillien) montre des réflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le réflexe cutané plantaire est présent, le signe de Babinski est négatif

Lexamen des sensibilités thermo-algique, proprioceptive, arthrokinétique, tactile est sans particularité

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manœuvre doigt / nez au MS normale

Manœuvre talon / genou au MI normale

Manœuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient peut mobiliser ses yeux en dedans, en dehors, en haut et en bas (pas de strabisme, pas de diplopie horizontale ou verticale, pas de ptosis)

Nerf V: Sensibilité thermo-algique de la face et les 2/3 antérieurs de la langue est présente et est conservée, le réflexe cornéen est présent et la mastication est normale.

Nerf VII: Le visage du patient est symétrique, il ne présente pas de paralysie faciale

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

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

Nerf X: pas de troubles de la phonation

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

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

Conclusion :

Patiente age de 45 ans, qui consulte pour douleur de la fosse lombaire droite intense paroxystique irradiant vers les organes gnitaux externes sans facteur calmant **associe**des nauses et vomissements, chez qui lexamen clinique est normal, le tout voluant dans un contexte d'apyrexie et sans altration de l'tat gnral.

Examens complementaires :

Abdomen sans prparation :

- Opacit lithiasique au niveau de l'uretre

Scanner abdominal :

- Distension en amont de l'obstacle

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi