



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 9 cycle 3

Stage clinique

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation : Cardiologie

Date debut de stage: 22-11-2021

Date fin de stage: 22-12-2021

Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Lamsaddar Zohra		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Lamsaddar Zohra		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

Identit :

Il s'agit de ag de Lamsaddar Zohra 67 ans professeur (Retrait ?) et mre de 2 enfants, originaire de Casablanca et habitanteRabat, assur par *.

Motif de consultation : Douleur thoracique aigue

FRCV : Mnaupause, Dyslipidmie, Pic HTA (?), IM

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Pics hypertension (Sans traitement)
- Dyslipidmique (Sous Crestor)
- Insuffisance rnal (2012)
- Insuffisance mitrale (Depuis 1990, sans traitement)
- Bronchite chronique (Depuis 10 ans)
- Gastrite a hp trait
- Hernie incisionnelle (Aprs la csarienne)
- Infections urinaires a rptition
- Vacciner contre le covid-19 (2 doses)
- Pas de contage tuberculeux ou covid

Mdicaments :

- Crestor / Xarelto (Anticoagulant) / Cardensiel (Bta-bloquant) /

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 14 ans
- G2P2E2 (Csarienne)
- Mnopause : 55 ans

- Sans moyens de contraception

Allergique

- Allergie au pnicilline

Toxique

- Absence de tabagisme
- Absence dethylisme
- Non toxicomane

Chirurgicaux

- Cholecystectomie (1982)

Familiaux :

- Frere et soeur cardiaques

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 1 jours par l'installation d'une douleur thoracique retrosternale apres effort sous forme de pression qui irradie vers omoplate gauche associee une dyspne (Stade ?), la patiente rapporte aussi avoir eu un pic hta avec des nevralgies de la nuque vers le haut du crane, le tout voluant dans le contexte d'apyprexie, sans alteration de l'etat 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 : 70 BPM
- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min
- IMC : (1m62, 60kg) = 22.9 kg/m
- TA : 134/74
- SaO2 : (98%)
- Glycémie jeun (g/l)
- Température : 37 degr

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

Matit dclive (Ascite)

Tympanisme

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 ddmes des membres infrieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hpato-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

- Choc de pointe bien peru au niveau du 5me espace intercostal gauche sur la ligne mdio-claviculaire,

- Signe de Harzer ngative

- Auscultation :

- B1 et B2 bien perus 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 perus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

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

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),

Absence de râles sibilants, ronflants, crépitants

Absence de frottement pleural.

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 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 rflexes ostotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillen) montre des rflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le rflexe cutan plantaire est prsent, le signe de Babinski est ngatif

Lexamen des sensibilits thermo-algique, propioceptive, arthrokintique, tactile est sans particularit

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manuvre doigt / nez au MS normale

Manuvre talon / genou au MI normale

Manoeuvre marionnettes normale

L'examen des nerfs crniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

Nerf II : il n'y a pas datteinte 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 motricité normale de la langue

Conclusion :

Il s'agit d'une patiente âgée de 67 ans, qui a pour antécédents une bronchite chronique (Depuis 10 ans), une insuffisance mitrale (Depuis 1990, sans traitement), une insuffisance rénale (depuis 2012), une dyslipidémie, une gastrite à HP traitée, des infections urinaires à répétition, un AIT, des pics d'hypertension artérielle, une hernie incisionnelle et une cholecystectomie, hospitalisée pour douleur thoracique aiguë après effort sous forme de pression qui irradie vers l'omoplate gauche associée à une dyspnée, chez qui l'examen clinique est sans particularité, le tout évoluant dans un contexte d'apypnée sans altération de l'état général.

Hypothèses diagnostiques :

- SCA (NSTEMI = Douleur + ECG normal + Troponine x7)
- Dissection aortique (Absence d'une douleur irradiante vers le bas, d'une asymétrie tensionnelle, d'une diminution d'un pouls périphérique)
- Embolie pulmonaire (Absence de fièvre, hémoptysie)
- Péricardite (CRP normale, ETT ne montre pas d'effacement du péricarde, pas de fièvre)
- Pneumothorax (Auscultation pleuro-pulmonaire normale)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : l'angor stable		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : l'angor stable		Formation : Médecine Générale	

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

Présentation

Langor stable (deffort)

- Angine de poitrine (angor) stable
- Physiopathologie, gnralits

Langor stable survient exclusivement effort. Il est habituellement d'origine coronaire (par opposition la sténose aortique, la cardiomyopathie hypertrophique en particulier obstructive).

Il traduit une ischémie myocardique qui survient lorsque les apports en oxygène au myocarde ne compensent pas les besoins du fait d'une insuffisance du débit coronaire, conséquence d'une réduction fixe du calibre d'une artère coronaire.

Le diagnostic repose en première intention sur les données cliniques (interrogatoire en particulier) et les examens paracliniques fonctionnels (examens au cours d'un effort ou équivalent).

Le pronostic dépend de l'étendue de l'ischémie myocardique, du niveau d'effort à partir duquel elle apparaît, de la diffusion des lésions coronaires et de leur localisation, de l'efficacité du traitement anti-ischémique et surtout de la qualité de la prise en charge des facteurs de risque de la maladie.

- Diagnostic
- Signes fonctionnels
- Douleur angineuse typique

Elle est caractérisée par ses : sièges, irradiations, qualité, intensité, évolution, facteurs aggravants ou atténuants.

Elle est de siège rétrosternal en barre d'un pectoral à l'autre (le patient montre sa poitrine du plat de la main), parfois verticale, plus rarement précordiale.

Elle irradie dans les deux paules, les avant-bras, les poignets et les mains, parfois dans le dos.

Elle est constrictive (sensation de poitrine serrée dans un linge), angoissante (angor).

Son intensité est variable : de la simple gêne thoracique à la douleur insupportable, syncopale.

Elle survient exclusivement effort (ou équivalent), surtout la marche (mais aussi la défécation, les rapports sexuels), en été, par temps froid et contre le vent.

Elle cède en quelques secondes (maximum 1 min) à la prise de trinitrine sublinguale.

La douleur d'angor d'effort typique ne pose guère de problème de diagnostic différentiel.

- Douleur angineuse atypique

La douleur peut être atypique par son siège épigastrique ou limitée aux irradiations.

La blockpne deffort, impossibilit de vider lair lors de lexpiration, est un quivalentdiffrencier de la dyspne.

Les palpitations deffort peuvent traduire lexistence dun trouble du rythme dorigine ischmique.

Les manifestations dinsuffisance ventriculaire gauche peuvent tre observes si lischmie est tendue.

Dans tous les cas, la survenue des signesleffort qui disparaissentlarrt de leffort a une grande valeur diagnostique (+++).

- Ischmie silencieuse deffort

Lischmie silencieuse deffort est habituellement dtecte par une preuve deffort (conventionnelle sur bicyclette ou tapis roulant, associeune scintigraphie ou une chocardiographie) chez un patient dont les facteurs de risque (diabte, hrdit), lge (> 45 ans) ou lactivit physique justifient sa recherche.

Elle pose avant tout un problme de diagnostic (une preuve deffort peut tre positive lectriquement chez un sujet indemne de toute coronaropathie : faux positif).

Lorsquelle est confirme (en rgle par deux examens concordant, preuve deffort et scintigraphie deffort ou preuve deffort et coronarographie), les modalits de sa prise en charge sont comparablescelles de langor stable.

- Classification de langor en fonction de sa svrit (classification canadienne : Canadian Cardiovascular SocietyCCS)

* Classe 1 : les activits quotidiennes ne sont pas limites. Langor survient lors defforts soutenus, abrupts ou prolongs.

* Classe 2 : limitation discrte lors des activits quotidiennes. Langor survientla marche rapide ou en cte (lors de la monte rapide descaliers), en montagne, aprs le repas, par temps froid, lors dmotions, au rveil.

* Classe 3 : limitation importante de lactivit physique. Langor survient au moindre effort (marcheplat sur une courte distance, 100200 m, ou lors de lascensionpas lent de quelques escaliers).

* Classe 4 : impossibilit de mener la moindre activit physique sans douleur.

Examen clinique

Bien que souvent ngatif, lexamen cardiovasculaire est systmatique recherchant en particulier :

* un souffle aortique faisant voquer une stnose aortique qui peut tre responsable dun angor en labsence de lsion coronaire ;

* un souffle vasculaire (carotides, fmorales) qui tmoigne dune autre localisation de la maladie athrosclreuse ;

* une hypertension artrielle (HTA) qui constitue un facteur de risque majeur.

Plus gnralement, linterrogatoire et lexamen permettent dvaluer la prvalence de la maladie qui survient plus volontiers en prsence de facteurs de risque de lathrosclrose :

* hrdit ;

* tabagisme ;

* dyslipidmie (LDL) ;

* diabte ;

* HTA ;

* excs pondral, stress, mnopause.

Examens paracliniques

lectrocardiogramme

LECG inter-critique est le plus souvent normal (sauf si antcdents dinfarctus ou hypertrophie ventriculaire gauche chez un patient hypertendu).

lectrocardiogramme deffort

C'est l'examen de première intention du fait de son rapport coût/bénéfice. L'épreuve d'effort pose le diagnostic lorsqu'elle est positive et permet d'évaluer la tolérance de l'ischémie (profil tensionnel, extrasystolie ventriculaire), son seuil d'apparition et la charge atteinte (en watts).

Scintigraphie myocardique de perfusion d'effort ou équivalent

C'est l'examen de première intention du fait de son rapport coût/bénéfice. L'épreuve d'effort pose le diagnostic lorsqu'elle est positive et permet d'évaluer la tolérance de l'ischémie (profil tensionnel, extrasystolie ventriculaire), son seuil d'apparition et la charge atteinte (en watts).

Échocardiographie d'effort ou après dobutamine

Elle pourrait remplacer l'épreuve d'effort conventionnelle mais son interprétation est très dépendante de l'expérience de l'opérateur. Elle donne des informations superposables à la scintigraphie sans les risques de l'irradiation.

Coronarographie

Elle est utilisée de façon diagnostique dans des indications limitées :

- * angor d'effort classe 3 résistant au traitement (sans évaluation non invasive préalable) ;
- * arythmie ventriculaire préoccupante en cas de récurrence angineuse précoce, invalidante après revascularisation (pontage, ICP)

Traitement de la crise

Il repose sur l'arrêt de l'effort et sur la prise de dérivés nitrés par voie sublinguale (une dragée à croquer et laisser sous la langue ou un spray). Ils agissent en quelques secondes et peuvent être pris avant un effort important à titre préventif. Leurs seuls effets secondaires sont une céphalée et un risque d'hypotension si le sujet est debout au moment de la prise.

- Correction des facteurs de risque

- * Arrêt définitif de l'intoxication tabagique.
- * Régime hypolipémiant et hypocalorique, activité physique.
- * Traitement de l'hypertension artérielle (valeur seuil < 140/90 mmHg).
- * Équilibre du diabète.
- * Statine et inhibiteur de l'enzyme de conversion :
 - * statine : objectif LDL < 0,8 g/L (attention, nouvelle recommandation européenne de 2007, au lieu de LDL < 1 g/L antérieurement) ;
 - * IEC : ramipril ou périndopril 10 mg/j.

- Médicaments anti-ischémiques en traitement de fond

Sauf cas particulier (facteurs de mauvais pronostic), les médicaments anti-ischémiques sont proposés en première intention. Les médicaments -bloqueurs sont habituellement proposés sauf contre-indication en première intention. Les anticalciques et l'ivabradine sont indiqués en cas d'intolérance des -bloqueurs ou en association. Les autres classes thérapeutiques sont prescrites comme adjuvants en cas d'efficacité insuffisante des -bloqueurs.

- -bloqueurs

* Ils agissent en diminuant la consommation d'oxygène du myocarde par diminution de la fréquence cardiaque, de l'inotropisme et de la post-charge (pression artérielle).

* Ils sont contre-indiqués en particulier dans l'asthme, la BPCO sévère (bronchoconstricteurs) et le phénomène de Raynaud

(vasoconstricteurs).

* La posologie optimale ramène 60 bpm la fréquence cardiaque de repos et 130 bpm la fréquence effort.

* Ex. : atenolol 100 mg, 1 cp/jour.

- Anticalciques

* Ils agissent en diminuant la post-charge (pression artérielle) et l'inotropisme.

* Leur action vasodilatatrice justifie leur prescription en première intention si une composante vasospastique est suspectée.

* Les anticalciques non bradycardisants (dihydropyridines) peuvent être associés aux β -bloqueurs.

* Ex. : 120 mg, 1 cp matin et soir.

- Ivabradine

* Inhibiteur des canaux I_f , c'est un produit purement bradycardisant par effet direct sur le nœud sinusal.

* Il peut être associé aux β -bloqueurs.

* Posologie 57,5 mg : 1 cp matin et soir.

- Drivés nitrés libération prolongée

* Ils restaurent la fonction endothéliale et favorisent la sécrétion de monoxyde d'azote, substance vasodilatatrice.

* Ils sont prescrits essentiellement sous forme de timbre transdermique posé 18 heures/jour dans les formes cliniques invalidantes.

- Molsidomine

* Son mode d'action est celui des drivés nitrés. L'effet principal est l'absence d'échappement permettant le maintien d'une efficacité au long cours.

* Posologie 4 mg : 1 cp matin, midi et soir.

- Nicorandil

* Activateur des canaux potassiques ATP-dépendants.

* Vasodilatateur qui aurait de plus un effet protecteur du myocarde vis-à-vis de l'ischémie (pr-conditionnement).

* Posologie 20 mg : 1 cp matin, midi et soir.

- Trimétazidine

* Médicament métabolique, il a un effet protecteur myocardique.

* Posologie forme LP 35 mg : 1 cp matin et soir.

- Médicaments anti-agrégants plaquettaires

Attention Posologies au programme ECN.

- Aspirine

* Inhibiteur de l'activation plaquettaire passant par la voie du thromboxane A_2 .

* L'indication est systématique chez tout coronarien en l'absence de contre-indication (allergie, gastralgie).

* Posologie : de 75 mg (160 mg) par jour.

- Clopidogrel

* Inhibiteur de l'activation plaquettaire passant par la voie de l'ADP.

* Il est indiqu en association l'aspirine en cas de atteinte plurivasculaire (artériopathie carotidienne ou périphérique) ou après implantation d'une endoprothèse.

* En monothérapie en cas d'intolérance à l'aspirine.

* Posologie : 75 mg soit 1 cp/jour.

- Revascularisation myocardique

La revascularisation myocardique peut être proposée si fonctionnelle, lorsque les symptômes persistent malgré un traitement anti-ischémique optimal, ou si pronostique, lorsque les lésions menacent un territoire myocardique tendu.

- Technique

On oppose les techniques de revascularisation non chirurgicales regroupées sous la dénomination intervention coronaire percutanée (ICP) à la chirurgie coronaire.

L'ICP est habituellement une angioplastie coronaire par ballonnet complétée de l'implantation d'une prothèse endocoronaire (stent).

Elle consiste à introduire dans l'artère coronaire lésée un cathéter-ballonnet et après l'avoir positionné au contact de la sténose, le gonfler pour dilater cette dernière. La prothèse sertie autour d'un ballonnet spécifique est ensuite implantée lors de son inflation.

La cicatrisation de l'artère provoque chez certains patients une prolifération de tissu artériel qui conduit à la réapparition d'un obstacle endoluminal (resténose).

Pour lutter contre ce phénomène des prothèses recouvertes de produits antimitotiques ont été proposées. Elles justifient un traitement antiplaquettaire prolongé sur plusieurs années du fait d'un risque thrombotique initialement sous-estimé. Les indications sont restrictives et évolutives.

Certaines lésions doivent être traitées par des méthodes plus complexes et anecdotiques, l'athérectomie rotative (Rotablator), le ballon coupant. Le laser et la radiothérapie ne sont plus utilisés.

Les pontages coronaires réalisent un court-circuit entre l'aorte et l'artère coronaire en aval de la sténose.

Ils sont pratiqués avec ou sans (pontage à court-circuit) utilisation d'une circulation extracorporelle (arrêt cardiaque, dérivation transitoire du flux sanguin vers un cœur artificiel). Les greffons utilisés sont de préférence artériels (artères mammaires, artères gastro-piploque ou radiales) mais parfois veineux (veine saphène).

- Stratégie thérapeutique

En l'absence de facteurs de risque particulier, le traitement médical est prescrit en première intention.

La revascularisation est proposée en cas d'échec de l'effet anti-angineux du traitement médicamenteux (persistance des symptômes), si :

* l'ischémie myocardique est tendue (tests fonctionnels) ;

* la procédure proposée est risquée acceptable et la chance de succès suffisante ;

* le patient informé souhaite l'intervention.

La revascularisation chirurgicale peut être proposée pour améliorer le pronostic vital (+++). Cela concerne les patients qui présentent :

* une sténose du tronc coronaire gauche ;

* une sténose tritrunculaire proximale et une fonction VG altérée ou une ischémie tendue ou un diabète ;

* une sténose IVA proximale et ischémie antérieure ;

* une sténose et une altération de la fonction VG potentiellement réversible (viabilité).

Dans les autres cas, la revascularisation chirurgicale ou ICP est proposée pour améliorer le pronostic fonctionnel.

C'est le cas devant des sténoses mono- ou multitrunculaires symptomatiques (après échec du traitement médical ou même si le patient en accepte le risque) et si le risque opératoire du patient est acceptable. Le choix de la méthode est fonction des possibilités techniques (pontage ou ICP).

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identité :

Il s'agit de Kantara Hammadi âgé de 78 ans retraité ancien militaire père de 8 enfants, originaire de Kenitra et habitant Rabat, assuré par FAR.

Motif de consultation : Douleur thoracique

FRCV : Âge, sexe masculin, HTA, diabète

Antécédents :

Personnels :

Médicaux

- Diabétique (Type 2 depuis 3 mois)
- HTA (depuis 33 ans sous Coveram 10mg et Sactral 200mg)
- Dyslipidémique (depuis 33 ans sous Nocol 20mg)
- Coronaropathie (2009, bénéficiaire d'une angioplastie)

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non éthylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux

- Angioplastie (2009)

Familiaux :

- Pas de cardiopathie
- Absence de cas similaires

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 4 mois par l'installation d'une douleur thoracique rétrosternale constrictive brève (< 5 min

) irradie vers le membre supérieur associée une dyspnée progressive (Stade 2 à 3 NYHA), 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 : 67 BPM

- Fréquence respiratoire : 18 Cycles/min

- Tension artérielle : 120/60 mmHg

- SaO₂ a AA : (100%)

- Température : 37 °C

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de métorisme

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-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^{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,

- Souffle systolique rude râpeux au niveau du foyer aortique irradiant vers les vaisseaux du cou

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

- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)

- Absence d'empyème digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

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),

Absence de rles sibilants, ronflants, crpitants

Absence de frottement pleural.

Examen osto-articulaire :

Inspection :

Pas de dformations

Laspect cutan est sans particularit.

Absence de masse.

Pas de raideur ou dankylose.

Pas de boiterie ou dimpotence fonctionnelle.

Palpation : pas de chaleur ni de distension articulaire

Mobilit : normale

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 rflexes ostotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillen) montre des rflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le rflexe cutan plantaire est prsent, le signe de Babinski est ngatif

Lexamen des sensibilits thermo-algique, propioceptive, arthrokintique, tactile est sans particularit

Lexamen 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 d'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: 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 :

Il s'agit d'un patient âgé de 78 ans, qui a comme facteurs de risque cardio-vasculaire (Âge, sexe masculin, diabète, hypertension artérielle), et qui a pour antécédent une coronaropathie en 2009 où il a bénéficié d'une angioplastie, hospitaliser pour une douleur thoracique depuis 4 mois rétrosternale constrictive brève irradiant vers le membre supérieur, associée à une dyspnée progressive (Stade 2 à 3 NYHA), où l'examen clinique retrouve un souffle systolique rude rapéux au foyer aortique, le tout évoluant dans un contexte d'apixie, sans altération de l'état général.

Hypothèses diagnostiques :

- SCA

- Retrecissement aortique

- Examens complémentaires :

Bilans biologiques : Sans particularités

Bilans radiologiques :

- ECG : Hypertrophie du ventricule gauche

- Radiographie thoracique : Cardiomegalie avec surcharge hilair

- Echocoeur : Retrecissement aortique calcifié, ventricule gauche hypertrophié, FEVG = 60%

- Coronarographie : Réseau coronaire calcifié, atteinte tri-tronculaire sévère

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit : Il s'agit de Rahmouni Ahmed ag de 68 ans, originaire de Taounat et habitant Ksar El Khbir, assuré par CNOPS.

Motif de consultation : Dyspnée et douleur thoracique

FRCV : Age, sexe, diabète

Antécédents :

Personnels :

Médicaux - Diabétique (depuis 22 ans, sous insuline) - Absence d'hypertension artérielle - Absence de dyslipidémie - Néphropathie (IRSv ?) - Cardiopathie ischémique (Début 2021, bénéficiaire d'une angioplastie de l'artère marginale), Insuffisance cardiaque chronique - Vacciné contre le COVID-19 Allergique - Absence de terrain atopique Toxique - Non tabagique - Non éthylique - Non toxicomane

Chirurgicaux : - Angioplastie

Familiaux : - Absence de cardiopathie - Absence de néoplasie - Absence de cas similaires

Histoire de la maladie : - Symptomatologie remonte il y a 15 jours par l'installation d'une dyspnée progressive associée à des douleurs thoraciques baso-latérales irradiant vers le dos, d'une toux avec expectoration, d'un épisode de syncope, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, avec altération de l'état général (amaigrissement non chiffré)

- Examen clinique :

Examen général :

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

- Mauvais état général

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow (15/15)

- Fréquence cardiaque : 77

- Fréquence respiratoire : 18 cycles/min

- TA : 83/49 - SaO₂ : (92%) à AA

- Glycémie jeûne (3.4g/l)

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement, Pas de circulation veineuse collatérale Pas d'angiome stellaire Pas de métorisme 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 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 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 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 pleuropulmonaire :

Inspection : - La morphologie du thorax est normale - Absence de cicatrices - Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose) - Absence d'hyperinflation digitale - Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner - Absence de stridor ou de crépitation

Palpation : Diminution des vibrations vocales au niveau de l'hémithorax droit basal

Percussion : Matité basale droite

Auscultation : Diminution des murmures vésiculaires (niveau basal des deux champs pulmonaires droit et gauche), Rales crépittants (Deux champs pulmonaires)

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, tatouage cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pectorales trochléennes normales

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
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 : Il s'agit d'un patient âgé de 68 ans, qui a pour facteurs de risque cardio-vasculaire l'âge, le sexe, le diabète (Type 2, depuis 20 ans, sous insuline) et qui a pour antécédent une cardiopathie ischémique (2021) et d'une insuffisance cardiaque chronique, hospitaliser pour dyspnée et douleur thoracique baso-latérale irradiante vers le dos associée d'une toux avec expectoration, d'un épisode de syncope, chez qui l'examen clinique retrouve un syndrome d'effusion pleurale et des râles crépitants, le tout évoluant dans un contexte de fièvre avec altération de l'état général.

Hypothèses diagnostiques :

- Pneumonie (Fièvre, toux avec expectoration, douleur, dyspnée + Rx (Opacités systématisées), CRP augmentée)
- OAP (Dyspnée, Rx (Opacités alvéolaires en ailes de papillon), BNP augmentée)
- Pneumothorax (Douleur, dyspnée mais toux expectoration, fièvre, auscultation matité, Rx)
- Péricardite (Fièvre, CRP augmentée, douleur mais non soulagée par l'anteflexion, pas d'effusion du péricarde à ETT)

Examens complémentaires : Bilans biologiques : - NFS : Anémie hypochrome, Hyperleucocytose à PNN - CRP augmentée - Ure + Créatinine augmentée, DFG à 27.88 - Lactate augmenté - Pro-BNP augmentée - Troponine normale - Glycémie à 3.4 g/l. Bilans radiologiques : - ETT : VG dilaté, FEVG 25%, HTAP modérée - ECG : Rythme régulier sinusal, Ondes T négatives en latéral - Radiographie thoracique : Opacités alvéolaires parahiliaires et basales droites, cardiomégalie, effusion du cul de sac pleural droit.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Bouami Abdessalam		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Bouami Abdessalam		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Bouami Abdessalem ag de 72 ans retrait pre de 2 enfants, originaire de Asfi et habitantRabat, assur par CNOPS.

Motif de consultation : Douleur thoracique aigue

FRCV : Age, sexe masculin, diabte, hypertension artrielle, dyslipidmie

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Diabtique (Dcouverte rcente)
- HTA (Depuis 23 ans, Sous Amep 10mg 1cp/j ,Co-vepran 300mg/25mg 1cp/j, Nebilet 5mg 1/2cp/j)
- Dyslipidmie (Depuis 1 semaine, sous Statine)
- Hypertrophie bnigne de la prostate (Sous Uradox 2mg)
- Insuffisance veineuse superficielle (2013, traiter par AVK pendant 3 mois)

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non ethylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Jamais t opr

Familiaux :

- Pas de cardiopathie
- Pas de noplasi familiale
- Pas de cas similaires

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 4 jours par l'installation d'une douleur thoracique à effort en point de côté de durée prolongée en moins de 20 minutes, le lendemain le patient ressent une douleur rétrosternale constrictive intense irradiant vers les deux membres supérieurs prolongée non calmée par la prise d'antalgiques associés des sueurs sans dyspnée ni de syncope, 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 : 66 BPM

- Fréquence respiratoire : 22 Cycles/min

- Tension artérielle : 125/70 mmHg

- SaO₂ : (99%) à AA

- Glycémie jeun (1.8g/l)

- Température : 37 °C

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 dévié

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 :

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 ddmes des membres infrieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hpato-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

- Choc de pointe bien peru au niveau du 5me espace intercostal gauche sur la ligne mdio-claviculaire,

- Signe de Harzer ngative

- Auscultation :

- B1 et B2 bien perus et rguliers au niveau des diffrents foyers,

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

Examen vasculaire :

Palpation :

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

Signe de Homans ngatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)

- Absence dHippocratisme digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

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),

Absence de râles sibilants, ronflants, crépitants

Absence de frottement pleural.

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 :

L'examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche équilibrée.

L'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.

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'épreuve 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 rflexes ostotendineux (bicipital, tricipital, cubito-pronateur, stylo-radial, rotulien et achillen) montre des rflexes normaux (ils ne sont pas vifs ni abolis)

Le rflexe cutan plantaire est prsent, le signe de Babinski est ngatif

Lexamen des sensibilits thermo-algique, propioceptive, arthrokintique, tactile est sans particularit

Lexamen de la coordination des mouvements :

Manuvre doigt / nez au MS normale

Manuvre talon / genou au MI normale

Manoeuvre 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 :

Il sagit dun patient ag de 72 ans, qui a pour facteurs de risque cardio-vasculaire l'age, le sexe masculin, un diabte (recent), lhypertension artrielle (Depuis 23ans, sous Amep 10mg 1cp/j ,Co-vepran 300mg/25mg 1cp/j, Nebilet 5mg 1/2cp/j) et dyslipidmie (Il ya 1 semaine sous Statine) et qui a pour antcedent une hypertrophie bnigne de la prostate et une insuffisance veineuse superficielle en 2013 sous AVK, hospitaliser pour douleur retrosternale constrictive intense irradiante vers les deux membres suprieurs prolonge non calme par la prise d'antalgiques, chez qui lexamen clinique X, le tout voluant dans un contexte d'apyprexie sans altration de ltat gnral.

Hypotheses diagnostic :

- SCA (Sus-dcalage ST)
- Pricardite
- Pneumothorax
- Embolie pulmonaire

- Dissection aortique

Examens complémentaires :

Bilans biologiques :

Glycémie : 1,8g/l

CT: 2,77

HDL: 0,43

LDL: 2,03

TG: 1,55

HBAc: 7,6%

γAlb: 44mg/l

Bilans radiologiques :

-ECG: sus-décalage du segment ST

T amples aux dérivations antérieures

-Coronarographie d'urgence:

Occlusion de l'IVA distale haute totalement par le réseau droit

Lésion serrée de la circonflexe distale et de la deuxième branche marginale avec un lit coronaire correct.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Haggach Mohammed		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Haggach Mohammed		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique			
TYPE : OBSERVATION PATIENT			

Présentation

Identit :

Il s'agit de Haggagh Mohammed ag de 58 ans

Motif de consultation : Douleur thoracique

FRCV : Sexe masculin, diabte, hypertension artérielle, hypercholesterolemie

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Diabtique (Depuis 2004, sous Diamicron sans rgime)
- Hypertension artérielle (Dcouverte rcente)
- Dyslipidmie (Depuis 2004 sans rgime ni traitement)
- Vaccin anti covid-19 (2 doses)
- Pas de cardiopathie

Allergique

- Pas de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non ethylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Jamais t oprer

Familiaux :

- Pas de cardiopathie
- Absence de noplasi familiale
- Pas de cas similaires

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 12h par l'installation d'une douleur thoracique répétitive rétrosternale intense non irradiante au repos brève qui a fini par s'aggraver associée à une dyspnée (Stade 4 NYHA), une toux sans expectoration, 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 (14/15)

- Fréquence cardiaque : 130 BPM

- Fréquence respiratoire : 22 Cycles/min

- Tension artérielle : 70/38 mmHg

- SaO₂ : (88%) sous 4l/min

- Température : 37 °C

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 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 :

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 ddmes des membres infrieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hpato-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

- Choc de pointe bien peru au niveau du 5me espace intercostal gauche sur la ligne mdio-claviculaire,

- Signe de Harzer ngative

- Auscultation :

- B1 et B2 bien perus et rguliers au niveau des diffrents foyers,

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

Examen vasculaire :

Palpation :

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

Signe de Homans ngatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)

- Absence dHippocratisme digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

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),

Roules crépitants au niveau des deux champs pulmonaires

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, tatouage cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pili trochléennes normales

Examen neurologique :

L'examen de la marche :

Le patient balance les bras en marchant

La marche équilibrée.

L'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.

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'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'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: 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 :

Il s'agit d'un patient âgé de 58 ans, qui a pour facteurs de risque cardio-vasculaire le sexe masculin, le diabète (Depuis 2004, sous Diamicron), une hypertension artérielle, une dyslipidémie (Depuis 2004, sans régime ni traitement) sans antécédent particulier, hospitaliser pour douleur thoracique rétrosternale au repos prolongée associée à une toux sèche, une dyspnée, chez qui l'examen clinique à l'admission retrouve un collapsus, des sueurs profuses, une tachycardie, une désaturation, une polypnée, une agitation, et des râles crépitants le tout évoluant dans un contexte d'apyrxie sans altération de l'état général.

Hypothèses diagnostiques :

- SCA
- Péricardite
- Pneumothorax
- Embolie pulmonaire
- Dissection aortique

Examens complémentaires :

-Biologique :

CRP : 61.4 mg/l

Troponine : 9310.21 pg/ml

BNP : 456.6 pg/ml

Ionogramme : Normal

NFS : Hyperleucocytose

-Radiologique :

ECG : Tachycardie 130 BPM, IDM infro-latral ST (-)

ETT : Aspect de cardiopathie ischémique, FEVG 48%, HTAP importante

Coronarographie : Réseau coronaire très infiltré avec une sub-occlusion de la circonflexe proximale et occlusion chronique coronaire droite 2

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Izem Mohammed	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INITITULE DOSSIER : Izem Mohammed	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Izem Mohammed ag de 67 ans retrait pre de 4 enfants.

Motif de consultation : Douleur thoracique aigue

FRCV : Age, sexe masculin, HTA

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Hypertension artrielle
- Non dyslipidmique
- Absence de nphropathie, de cardiopathie ou dautres maladies.
- Vacciner contre le covid-19
- Absence de contage tuberculeux ou au covid

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Tabagisme sevrer en 1987
- Alcoolisme occasionnel
- Non toxicomane

Chirurgicaux

- Le patient a subi aucune opration

Familiaux :

- Pas de cardiopathie familiale
- Pas de cas de noplasié familiale
- Ni de cas similaires

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 2 jours par l'installation d'une douleur rétrosternale au repos constrictive, irradiant vers le bras gauche (Dure < 20min, répétitive) associée à des céphalées, des acouphènes, 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 : 72 BPM

- Fréquence respiratoire : 16 Cycles/min

- TA : 122/58 mmHg

- SaO₂ : (98%)

- Température : 37 °C

Examen abdominal :

Inspection :

Pas de cicatrices, pas de voussure, de ballonnement,

Pas de circulation veineuse collatérale

Pas d'angiome stellaire

Pas de mégalisme

Pas d'ombilic défilé

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 :

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 d'angiomes stellaires

- Pas de cicatrices,

- Pas de turgescence des veines jugulaires,

- Pas d'edmes des membres infrieurs

- Palpation :

- Pas de reflux hpat-jugulaire,

- Pas de thrill sus-sternal,

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

- Signe de Harzer ngative

- Auscultation :

- B1 et B2 bien perus et rguliers au niveau des diffrents foyers,

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

Examen vasculaire :

Palpation :

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

Signe de Homans ngatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)

- Absence d'Hippocratisme digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

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),

Absence de râles sibilants, ronflants, crépitants

Absence de frottement pleural.

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, tatouage cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pili trochléennes normales

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

Examen 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 :

Il s'agit d'un patient âgé de 67 ans, qui a pour facteur de risque cardio-vasculaire l'âge, le sexe masculin, l'hypertension artérielle et qui a pour antécédent un tabagisme sévère, un ethylisme occasionnel, hospitaliser pour une douleur thoracique aiguë rétrosternale au repos de type constrictive irradiant vers le bras gauche sans facteur calmant, associée à des céphalées et à des acouphènes, chez qui l'examen clinique est sans particularité, le tout évoluant dans un contexte d'apyréxie sans altération de l'état général.

Hypothèses diagnostiques :

- SCA (NSTEMI = ECG normal + Troponine élevée)
- Dissection aortique (Absence d'asymétrie tensionnelle, douleur typique, d'une diminution du pouls périphérique)
- Embolie pulmonaire (Absence de fièvre, hémoptysie , dyspnée, ECG normal (Absence aspect S1Q3))
- Péricardite (Absence de fièvre, douleur n'est pas localisée, ETT normal, pas de cardiomégalie, absence de frottement du péricarde)

Examens complémentaires :

-ECG : Normal (Sans sus-dcalage du segment ST)

-Radiographie thoracique : Surcharge bronchique et para-hilaire basale bialterale (Pas de cardiomegalie)

- Troponine : 10xnormale

- ETT : Pas de trouble de contractiliter

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de ag de Lamsaddar Zohra 67 ans retrait et mre de 2 enfants, originaire de Casablanca et habitanteRabat.

Motif de consultation : Douleur thoracique aigue

FRCV : Age, mnaupause, dyslipidmie.

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Pics hypertension (Sans traitement)
- Dyslipidmique (Sous Crestor)
- Insuffisance rnal (2012)
- Insuffisance mitrale (Depuis 1990, sans traitement)
- Bronchite chronique (Depuis 10 ans)
- Gastrite a hp trait
- Hernie incisionnelle (Aprs la csarienne)
- Infections urinaires a rptition
- Vacciner contre le covid-19 (2 doses)
- Pas de contage tuberculeux ou covid

Mdicaments :

- Crestor / Xarelto (Anticoagulant) / Cardensiel (Bta-bloquant)

Gynco-obsttricaux :

- Mnarche : 14 ans
- G2P2E2 (Csarienne)
- Mnopause : 55 ans
- Sans moyens de contraception

Allergique

- Allergie au pnicilline

Toxique

- Absence de tabagisme
- Absence dethylisme
- Non toxicomane

Chirurgicaux

- Cholecystectomie (1982)

Familiaux :

- Frere et soeur cardiaque (Cardiopathies)

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 1 jours par l'installation d'une douleur thoracique retrosternale apres effort sous forme d'oppression qui irradie vers omoplate gauche associe une dyspnee, la patiente rapporte aussi avoir eu un pic hta avec des nevralgies de la nuque vers le haut du crane, le tout voluant dans le contexte d'apyrexie, sans alteration de l'etat 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 : 70 BPM
- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min
- IMC : (1m62, 60kg) = 22.9 kg/m²
- TA : 134/74 mmhg
- SaO₂ : (98%)
- Température : 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 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^{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,

- 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 pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale
- Absence de cicatrices
- Absence de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)
- Absence d'hyperinflation digitale
- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner
- Absence de stridor ou de cornage

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),

Absence de râles sibilants, ronflants, crépitants

Absence de frottement pleural.

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, tatouage cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, poplitées normales

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

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 crâniens:

Nerf I : pas de troubles de l'odorat

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

Nerf III, IV, VI: le patient 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 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 67 ans, qui a pour facteurs de risque cardio-vasculaire (Âge, ménopause, dyslipidémie) et qui

a comme antécédent une bronchite chronique (Depuis 10 ans), une insuffisance mitrale (Depuis 1990, sans traitement), une insuffisance rénale (depuis 2012), une dyslipidémie, gastrite à HP traitée, des infections urinaires à répétition, un AIT, des pics d'hypertension artérielle, une hernie incisionnelle et une cholecystectomie, hospitaliser pour douleur thoracique aiguë après effort sous forme de douleur qui irradie vers l'épaule gauche associée à une dyspnée, chez qui l'examen clinique est sans particularité, le tout évoluant dans un contexte d'hyperthermie sans altération de l'état général.

Hypothèses diagnostiques :

- SCA (NSTEMI = Douleur + ECG normal + Troponine x7)
- Dissection aortique (Absence d'une douleur irradiante vers le bas, d'une asymétrie tensionnelle, d'une diminution d'un pouls périphérique)
- Embolie pulmonaire (Absence de fièvre, hémoptysie)
- Péricardite (CRP normale, ETT ne montre pas d'épanchement du péricarde, pas de fièvre)
- Pneumothorax (Auscultation pleuro-pulmonaire normale)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Moujid Mohammed	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INITITULE DOSSIER : Moujid Mohammed	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

Présentation

Identit :

Il s'agit de Moujid Mohammed ag de 77 ans, retrait, pre de 4 enfants, originaire et habitantFes, assur par CNOPS.

Motif de consultation : Dtresse respiratoire

FRCV : Age, sexe masculin, diabte (15ans, sous Coversyl 5mg), Dyslipidmie

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabtique
- Hypertendu (Depuis 15ans, Sous Coversyl 5mg)
- Dyslipidmique (Non suivi)
- I.C.G (Depuis 2004, probablement due a une cardiopathie ischmique, sous Coversyl 5mg, Lasilix, Cardix, Aldactone, Kardegic)
- Infection covid (Il ya 6 mois non hospitaliser)
- HBP (Depuis 2ans, sous Contiflo)
- Pylonephrite (Il ya 2 mois)
- Hospitalisation pour fracture des 4 cotes par chute (il ya 4 ans)
- Hospitalisation pour UGD (il ya 15 ans)

Allergique

- Pas de terrain atopique

Toxique

- Non tabagique
- Non ethylique
- Non toxicomane

Chirurgicaux

- Jamais t oprer

Familiaux :

- Absence de cardiopathie ischémique
- Absence de cas similaires

Histoire de la maladie :

- La symptomatologie remonte il y a 3 jours par aggravation brutale d'une dyspnée (Stade 3 NYHA) associée à des palpitations, une orthopnée, une toux sèche sans douleurs thoraciques le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie, sans altération de l'état général

* Le patient rapporte un cart de régime une semaine avant le début de la symptomatologie

- 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 : 87 BPM
- Fréquence respiratoire : 16 Cycles/min
- IMC : 23.32 kg/m² (Poids : 69 kg - Taille : 1.72 m)
- TA : 151/61 mmHg
- SaO₂ : (96%) Sous 2 litres O₂
- Température : 37.6 °C

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 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 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 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 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, pédiés, tibiaux) symétriques et bien perçus

Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Pas de signes de lutte respiratoire (Tirage + Cyanose)

- Pas d'empyème digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

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),

Râles crépitants (Bilatérales, uniquement aux bases)

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, tatouage cutané normale

Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, pili trochléennes normales

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

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'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: 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 :

Il s'agit d'un patient âgé de 77 ans, qui a comme facteurs de risque cardio-vasculaire (Âge, sexe masculin, HTA, dyslipidémie), qui a pour antécédents (HTA depuis 15 ans, dyslipidémie non suivie, ICG depuis 17 ans, infection au covid il y a 6 mois, HBP depuis 2 ans, Pyélonéphrite depuis 2 mois, hospitaliser il y a 15 ans pour UGD et en 2017 pour fractures de 4 côtes) et qui consulte pour une aggravation brutale d'une dyspnée (Stade 3 NYHA) associée à des palpitations, une orthopnée, une toux sèche sans douleurs thoraciques, chez qui l'examen clinique retrouve un patient hypertendu, des râles crépitants bilatéraux au niveau des bases le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie, sans altération de l'état général

Hypothèses diagnostiques :

- Poussée ICG (Dyspnée brutale, absence de douleurs thoraciques, toux, Râles crépitants, BNP élevé à l'admission (3200pg/ml))
- Pneumothorax
- Embolie pulmonaire (Absence de fièvre, hémoptysie, D-dimères non élevés < 770)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi