



## **RAPPORT DE STAGE**

### **Stage Clinique: Stage Hospitalier 13 cycle 3** **Stage clinique**

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A2

Niveau 3 : M4-A2-1

Service D'affectation : CCV PEDIATRIQUE

Date debut de stage: 22-11-2021

Date fin de stage: 22-12-2021

**Réalisé par : BOUNJA GHIZLANE**

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Ghallit Yanis	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Yanis Ghalitt	Formation : Médecine Générale

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identité :

Il s'agit d'un nourrisson prénommé Ghallit Yanis 4 mois le 29/07/2021, habitant et originaire de Tanger, couvert par la CNSS.

Motif d'hospitalisation :

Toux

Antécédents :

Antécédents familiaux :

Mère :

Agée de 37 ans, sans antécédents particuliers, pas d'habitude toxique, G4P4.

Père :

Agé de 40 ans, sans antécédents particuliers, pas d'habitude toxique.

Consanguinité de premier degré.

Pas de pathologies chroniques familiales à signaler.

Antécédents personnels :

Période prénatale :

Découlement de la grossesse : Surveillance et suivi régulier de la grossesse par un gynécologue (Grossesse sans complications).

Pas de notion d'infection au cours de la grossesse.

Pas de prise de médicament au cours de la grossesse.

Voie d'accouchement : Par césarienne en raison d'une cicatrice utérine, terme et sans complication.

Pas de notion de souffrance fœtale.

Liquide amniotique d'aspect normal (clair).

État du nouveau-né :

Présence du cri immédiat.

Bonne adaptation à la vie extra utérine.

Diagnostic la naissance d'une cardiopathie devant une cyanose

Poids la naissance : 3,4 kg. Eutrophe

Taille la naissance : 48 cm. Normal

Prématurité à la naissance : non précis.

Et APGAR non précis.

Mode d'alimentation : allaitement maternel.

Statut de la vaccination : non vacciné sauf BCG

Antécédents pathologiques :

Une cardiopathie détectée à la naissance suivie par son pédiatre (tétralogie de Fallot)

Hospitalisation en octobre 2021 pour bronchite

Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte 2 jours avant l'admission par l'installation d'une toux qui augmente d'intensité et d'encombrement nasale, associée à une cyanose lors des cris et efforts avec un essoufflement aux tétées, de fièvre, ni vomissements ni diarrhée ou autres signes.

Examen physique :

Examen général :

- cyanose pré-buccale et des extrémités

- FC : 102 bpm le patient est normo cardiaque.

- FR : 60 par minute

- SaO<sub>2</sub> = 82%.

- TA : 96/79 mm Hg le patient est normo tendue.

- Poids : 7 kg

- taille : 61 cm

- Température : 37,4°C le patient est apyrexique.

Examen pleuropulmonaire :

Présence des râles sibilants diffus

Absence de signes de détresse respiratoire

Pas de déformation thoracique ni d'asymétrie visible.

Examen cardiovasculaire :

Pas de déformation thoracique

Auscultation cardiaque : souffle systolique d'intensité 4/6 méso-cardiaque au niveau du foyer pulmonaire

Présence de tous les pouls périphériques de façon symétrique.

Examen abdominal :

Inspection : abdomen distendu

Foie : présence d'une hépatomégalie légère

Pas de splénomégalie.

Rein : non palpable (pas de contact lombaire).

Les bruits hydro-aériques sont bien perçus

Examen des orifices herniaires : pas de hernie.

Examen ORL

Oreilles : congestifs

Cavité buccale : normale

Examen des OGE :

Absence d'anomalie notable

Examen des territoires ganglionnaires :

Pas d'adénopathie.

Conclusion :

Il s'agit d'un patient âgé de 4 mois, ayant comme antécédents une cardiopathie congénitale (tétralogie de Fallot) qui se présente pour une toux chez qui l'examen clinique mis en évidence des râles sibilants, un souffle systolique, une hépatomégalie et une cyanose périphérique et des extrémités.

Les diagnostics à évoquer :

Une Bronchoalvéolite

Une bronchite

Asthme

Une bronchite chronique

Les examens complémentaires à demander :

NFS

CRP

Echo cœur : forme irrégulière de tétralogie de Fallot avec un ventricule gauche peu rempli, une légère obstruction de l'aorte par le septum conal, un arbre pulmonaire hypoplasique et deux branches pulmonaires atteignant pas 5 mm

Radio thorax : absence de lésion nodulaire ou de foyer d'allure évolutive, élargissement de la silhouette cardio-médiastinale, absence d'anomalie pleuro-parietale.

Diagnostic :

Une broncho-alvéolite

Traitement :

Mettre l'enfant sous corticothérapie et antibiothérapie

Évolution :

Une chirurgie pour sa cardiopathie est programmée après guérison

Un traitement médical pour la bronchioalvéolite

Une surveillance de la température

Un contrôle dans une semaine

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

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

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identit :

Il sagit dun nourrisson Khadija Benslimaneg de 7mois, n la 26/05/2021 fille unique, originaire de sidi kacem, pris en charge par la CNSS.

Motif dhospitalisation :

Dyspne

Antcdents :

Antcdents familiaux :

Mre :

ge de 20 ans, , femme au foyer, sans antcdents particuliers, pas dhabitude toxique, G1P1, groupe sanguin O+

Pre :

g de 27 ans, sans antcdents particuliers, pas dhabitude toxique.

Consanguinit : pas de notion de consanguinit.

Pas de cas similaire dans la famille.

Absence de maladies chronique dans la famille

Absence de maladies hrditaires

Antcdents personnels :

Priode prnatale :

Droulement de la grossesse : Surveillance et suivi rgulier de la grossesse (Grossesse sans complications).

Pas de notion dinfection au cours de la grossesse : srologie de dpistage ngatives.

Pas de prise de mdicament au cours de la grossesse.

Pas de prise de plantes mdicinales au cours de la grossesse.

Voie daccouchement : Par voie basse,terme et sans complication.

Pas de notion de souffrance ftale.

Liquide amniotique daspect normal (clair).

Anamnse infectieuse ngative

tat du nouveau-n :

Prsence du cri immmediat.

Bonne adaptationla vie extra utrine.

Poids la naissance : 2kg200 eutrophe

Taille la naissance : non prcis.

Primtre crnien la naissance : non prcis.

Et APGAR non prcis.

Mode d'alimentation : allaitement maternel et aprs association au lait artificiel l'ge de 2 mois.

Diversification : l'ge de 6 mois.

tat de la vaccination : Vaccination jour selon PNI.

Retard staturo pondral important non documente

découverte d'une petite masse pr-tragienne l'ge de 1 mois qui a augmenté de taille progressivement, le Dc d'angiome stellaire a t retenu et un traitement par btabloquant a t prconiser

Histoire de la maladie :

L'histoire de la maladie remonte 5 mois par la découverte d'un angiome stellaire et l'installation d'une dyspnée prise de ttes et une mauvaise prise pondrale associée une hypersudation, sans notion de malaise, le tout voluant dans un contexte d'apyrexie avec conservation de l'état gnral.

Examen physique :

Examen gnral :

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

-facis normal

-prsence d'une pleur cutane.

- Pas de tte, ni de lsion cutane

-Prsence d'une lgre acrocyanose des extrmits.

-Temps de recoloration normal (inférieur 3sc).

-bonne mobilit et gesticulation

-Température : 36,5 C (apyrtique)

-FC : 122 batt/min (normal).

-FR : 50 cycle/min (polypnique).

-SaO2 : 94 ( l'air ambiant)

-Poids : 4 Kg (hypotrophe moins de 2 dviation standard)

-Taille : 60 cm (normale selon la courbe de croissance)

Examen cardiovasculaire :

Pas de déformation thoracique.

-présence d'une acrocyanose des extrémités

-présence d'une cicatrice sous sternale

Auscultation cardiaque : -présence d'un souffle systolique latro-sternal gauche intense regurgitant d'intensité 4/6<sup>me</sup>, irradiant en sous claviculaire gauche

Présence de tous les pouls périphériques de façon symétrique.

Examen pleuropulmonaire :

Pas de signes de lutte respiratoire.

Les murmures vésiculaires sont bien perçus.

Pas de râle

Examen abdominal :

Inspection : pas de voussures ni de cicatrice.

Palpation : abdomen souple.

Foie : foie de taille normale pas d'hépatomégalie.

Pas de splénomégalie.

Rein : non palpable (pas de contact lombaire).

Percussion : abdomen de sonorité normale.

Examen des orifices herniaires : pas d'hernie.

Examen ORL

Oreilles : normales

Cavité buccale : normale

Examen des OGE :

États de composante génitales externes normales.

Examen neurologique :

Développement psychomoteur : un bon développement

Examen de la région céphalique et de la face :

Fontanelle antérieure ferme

Fontanelle postérieure ferme

Sutures crâniennes fermes

Pas de dysmorphie faciale

Examen des territoires ganglionnaires :

Pas d'adénopathie.

Conclusion :

Il s'agit d'un enfant âgé de 7 mois, ayant comme antécédents un angiome stellaire diagnostiqué à 5 mois, un retard staturo pondéral, qui se présente pour une dyspnée lors des tétées associée à une hypersudation, et chez qui l'examen clinique trouve une



acrocyanose des extrémités, une pleur cutanée, et un souffle systolique latro-sternal gauche intense rgurgitant d'intensité 4/6me, irradiant en sous claviculaire gauche.

Les diagnostics à évoquer :

Communication inter ventriculaire++

Canal artériel persistant.

Communication intra-auriculaire.

Les examens complémentaires à demander :

Biologique:

NFS: hyperleucocytose PNN (19020 /ml), et un léger thrombocyte ( 430 /ml)

Ionogramme: normale sans anomalie

CRP normale 0,2 mg/l

Groupe sanguin : O positif

TP : normale 85%

TCA: normale 0,71

Radiologique :

Radiographie thoracique:

Une cardiomégalie franche avec une accentuation de la vascularisation pulmonaire

ECG :

Une arythmie respiratoire physiologique, et hypertrophie ventriculaire droite normale pour l'âge

échocardiographie :

Shunt bidirectionnel par une large CIV,

et une dysplasie évènementielle légère fuyante de la valve tricuspide

DIAGNOSTIC :

CIV avec dysplasie de la valve tricuspide

11. Traitement :

La Patiente va être opérée le lundi 13 décembre 2021, en attente du compte rendu

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Chaouch raouan	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Chaouch Raouan	Formation : Médecine Générale

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identit :

Il sagit dun nourrisson prnomm Chaouch Raouan de 3ans et 8 mois,premiere dune fratrie de 2, originaire et habitanteNador, prise en charge par la CNOPS.

Motif dhospitalisation :

Dyspne.

Antcdents :

Antcdents familiaux :

Mre:

ge de 30 ans, Originaire de Nador, femme au foyer, sans antcdents particuliers, pas dhabitude toxique, G3P2 (1 fausse couche avant la grossesse de Raouan), groupe sanguin : O- .

Pre :

g de 40ans, sans antcdents particuliers, pas dhabitude toxique.

Consanguinit : pas de notion de consanguinit.

Pas de pathologies chroniques familialessignaler.

Pas de cardiopathie dans la famille.

Antcdents personnels :

Priode prnatale :

Droulement de la grossesse : Surveillance et suivi rgulier de la grossesse (Grossesse sans complications).

Pas de notion dinfection au cours de la grossesse

Pas de prise de mdicament au cours de la grossesse

Voie daccouchement : Par csarienne,terme et sans complication.

Pas de notion de souffrance ftale

Liquide amniotique daspect teint

tat du nouveau-n :

Prsence du cri immmediat

Bonne adaptation la vie extra utérine

Pas de cyanose, ni de détresse respiratoire à la naissance

Poids à la naissance : 3KG (eutrophie)

Taille à la naissance : non précis

Prématurité à la naissance : non précis

Et APGAR non précis.

Pas de malformations détectées à la naissance

Mode d'alimentation : allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 2 mois puis allaitement mixte

Diversification : l'âge de 6 mois

Datée de la vaccination : Vaccination jour selon PNI (rappel DTC : pas encore).

Bonne développement psychomoteur.

Infections pulmonaires répétition

Antécédents chirurgicaux :

Cerclage de l'artère pulmonaire l'âge de 4 mois.

Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte 1 mois par l'apparition d'une dyspnée lors des efforts associée à des sueurs excessives et un retard staturo pondéral sans autres signes associés notamment perte de connaissance cyanose, fièvre et toux, sans apparition de signes fonctionnels dernièrement

Examen physique :

Examen général :

- FC : 89bpm le patient est normo cardiaque

- SaO<sub>2</sub> = 100% l'air ambiant donc normale

- TA : 95/56 mm Hg le patient est normo tendue

- Poids : 19KG

- Taille : 107 cm

- Température : 37°C le patient est apyrétique

Examen cardiovasculaire :

Inspection :

Thorax d'aspect normal et symétrique

Présence d'une cicatrice chirurgicale au niveau du thorax

Pas de cyanose

Pas de turgescence de la veine jugulaire

Pas d'œdème du membre inférieur

Palpation :

Choc de pointe bien perçu

Absence de reflux hépato-jugulaire

Pouls périphérique et centraux bien perçus

Signe de Homans négatif

Auscultation :

Un souffle systoliquejectionnel présent dans tous les foyers maximum au niveau de la 2<sup>me</sup> espace 5/6<sup>me</sup> latéro-sternale gauche

B1 et B2 bien perçus au niveau des quatre foyers cardiaques

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

Patiente eupnéique avec une respiration symétrique et synchrones

Absence de signe de détresse respiratoire (tirage, entonnoir xiphodien et balancement thoraco-abdominal) ou gêne respiratoire

Auscultation :

Les murmures vésiculaires sont bien perçus

Pas de râle

Examen abdominale :

Inspection :

Abdomen symétrique sans voussures, ni trouble de la respiration abdominale

Pas de circulation veineuse collatérale

Palpation :

abdomen souple

Foie : foie de taille normale pas d'hépatomégalie

Pas de splénomégalie

Rein : non palpable (pas de contact lombaire)

Orifices herniaires libres

Examen neurologique :

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

Examen de la station debout : Signe de Romberg négatif

Examen du tonus musculaire : Normal : Pas d'hypertonie ou d'hypotonie

Examen des réflexes :

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

Examen de la coordination motrice :

Manuvre doigt / nez au MS conserve

Manuvre talon / genou au MI conserve

Conclusion :

Il s'agit d'un patient âgé de 4 ans, qui se présente pour des sueurs excessives et une dyspnée lors des tétes à l'âge de 1 mois chez qui l'examen clinique mis en évidence un retard staturo-pondral et un souffle systolique en latéro-sternal gauche.

Les diagnostics évoquer :

CIV : éléments en faveur : la dyspnée, le souffle et le retard staturo-pondral

CAV : éléments en faveur : la dyspnée le retard staturo-pondral

Insuffisance cardiaque

Diagnostic :

CIV multiple

Chirurgie palliative à l'âge de 4 mois (cerclage de l'artère pulmonaire)

Les examens complémentaires demander :

NFS

CRP : 2,6 mg/l

Ionogramme

Echocardiographie : CIV multiples, dilatant les cavités droites et le tronc pulmonaire au stade II B hémodynamique

Radio thorax : cardiomegalie V2, surcharge pulmonaire bilatérale

ECG : arythmie respiratoire physiologique, hémibloc antéro-supérieur gauche PR24/100 avec hypertrophie ventriculaire droite

Echocardiogramme doppler couleur : cerclage de l'artère pulmonaire bien visualisé, en place, dans un contexte de CIV multiples, persistance du shunt gauche-droit, les cavités droites sont dilatées et le cerclage protecteur.

Bilan hémostasique

Traitement :

Chirurgicale : cure complète de la CIV

suivi

Echo cur : le contrôle échocardiographique a montré un bon résultat. Et la patiente quitte l'hôpital

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Chafia dina	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Chafia Dina	Formation : Médecine Générale

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identité :

Il s'agit du nourrisson Chafia Dina, de sexe féminin âgée de 4 mois, 3<sup>ème</sup> d'une fratrie de 3, originaire et habitante de Tanger, non assurée

Motif d'hospitalisation : dyspnée + cyanose

Antécédents :

Familiaux :

-Mère âgée de 31 ans, G3P3 femme au foyer sans antécédents notables

-Père âgé de 33 ans, fonctionnaire, sans antécédents particuliers

-Fratrie : deux frères âgés de 11 ans et 8 ans sans antécédents notables

-Pas d'habitudes toxiques, pas de maladies chroniques ou de maladies héréditaires connues dans la famille

-Pas de notion de consanguinité

Personnels :

Anténataux :

Grossesse bien suivie, sans complications, suivie avec échographie chaque trimestre, menétrisme 38 SA Pas de détection d'anomalie ou de malformation en anténatal

Pas de notion d'irradiation, ou de consommation de plantes médicinales ou de prise médicamenteuse au cours de la grossesse

Pas de pathologies lors de la grossesse (HTA gravidique, diabète gestationnel, anémie)

Sérologie : toxoplasmose (-) rubéole (-) rougeole (-)

Prénataux :

Accouchement par voie basse 38 SA sans complication

À la naissance : cri immédiat pas de notion de souffrance néonatale

Poids = 2700g ; primogénite et tailles non documentées

APGAR non précis

Elle présente un icterus J6 de vie qui a été pris en charge par une photothérapie 1-2h/j pendant 2 jours.

Mode d'alimentation : lait maternel exclusif pendant un mois puis introduction du lait artificiel

Vaccination jour



Médicaux :

Suivie pour une trisomie 21

Suivie pour une hypothyroïdie sous Levothyrox

Histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie remonte à 1 mois de vie par l'apparition d'une dyspnée d'installation progressive qui s'aggrave au moment des tétes accompagnée d'une cyanose péri-buccale. Sans d'autres signes notamment la fièvre, l'hypersudation ou la toux. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général et d'apyrexie.

Examen clinique :

Examen général :

-Nourrisson calme

-Facies trisomique

-acrocyanose

-Conjonctives légèrement décolorées

-FC : 145 battements/min (tachycarde)

-FR : 56 cycles/min (polypnique)

-TA : 71/48 mmHg (normotendu)

-Poids : 4900 g (-3 déviations standard)

-Taille : 54 cm (-3 déviations standard)

-Température : 37°C (apyrétique)

-Saturation : 96% en air ambiant

-TRC < 3 sec

Examen cardiovasculaire

Inspection :

- pas de déformation thoracique

-Pas de circulation veineuse collatérale

-Pas de cicatrices

-Pas de turgescence des veines jugulaires

Palpation :

-Pouls fémoraux de tous les pouls périphériques présents de façon symétrique.

-Pas de frémissement dans les foyers auscultatoires

-Pas de reflux hépato-jugulaire

Auscultation :

-Eclat de B2 maximal au niveau du foyer pulmonaire

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- Prsence dun tirage sus sternal et intercostale
- Pas de dformation thoracique ni dasymtrie visible.
- Pas de matit ni dhyper tympanismela percussion
- Les murmures vsiculaires sont bien perus de faon symtrique .
- Pas de rle.

Examen abdominale :

Inspection : abdomen de volume normale, pas de voussure.

Palpation :

- abdomen souple.
- Pas dhpatosplnomgalie.
- Pas de sensibilit ou de dfense

Auscultation :

- Les bruits hydro-ariques sont bien perus

Examen des orifices herniaires : pas dhernie.

Examen ORL

- Oreilles : normaux.
- Cavit buccale : pas danomalie

Examen des OGE : Absence danomalie notable

Examen neurologique :

- Patient en hypotonie gnralis.

Examen de la rgion cphalique et de la face :

- Fontanelle antrieur ouverte.
- Fontanelle postrieur ferm.
- Sutures crniennes fermes.
- Un facis trisomique.

Examen des territoires ganglionnaires :

- Pas dadnopathie sur les territoires ganglionnaires

Conclusion clinique

Il sagit dune patiente ge de 5 mois, de sexe fminin, connue trisomique et ayant comme antcdent une hypothyrodie etqui se prsente pour une cyanose et une dyspne et chez qui lexamen clinique a mis en vidence un clat de b2 au niveau du foyer pulmonaire, une polypne avec des signes de lutte respiratoire, et un retard staturo pondral. Le reste de l'examen clinique est sans particularit.

Les diagnosticsvoquer

CAV : lments en faveur : la dyspne, la retard stature pondrale, et le facies trisomique

CIV

CIA

APSO

Transposition de gros vaisseaux

Examens complémentaires :

Echographie cardiaque : Prsence dun canal atrioventriculaire de 18mm complet anatomiquement et physiologiquement-seule valve atrio ventriculaire avec fuite minime - HTAP importante

Radio thorax : prsence dune cardiomegalie - Absence de lsion nodulaire ou de foyer dallure volutiveabsence danomalie pleuro-paritale

ECG : Tachycardie sinusale : prsence dun hmi bloc antrieur gauchetrace en faveur dune hypertrophie ventriculaire gauche

NFS - CRP

Diagnostic retenu : Canal atrio ventriculaire complet

Bilan pr opratoire : le 22/11/2021

NFS : lgre neutropnie 3164 /mm<sup>3</sup> lgre monocytose 1260/mm<sup>3</sup>

Ionogramme : hyperkalimie 5.7 mmol/L Hyper cratinimie 4.50mg/L

CRP est negative (0.5mg/L)

Traitement : Chirurgicale : cure de CAVC type A + fermeture du canal artrial.

Evolution :

L'intervention chirurgicale tait bien droule sans complication.

Le patient est sorti avec ordonnance comporte des ATB et des diurtiques.

Une surveillance de la temprature et un contrle chographique sont indispensables pour prvenir l'endocardite infectieuse.

Patient est sortie le 07 dcembre 2021 avec une bonne volution

Nourrisson sortant le 07/11/21 sous traitement mdical :

Diurtique antibiotiques

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic



INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Maarir nizar	Etudiant : BOUNJA GHIZLANE
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : Maarir Nizar	Formation : Médecine Générale

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identité :

Il s'agit du nourrisson maarir nizar, de sexe masculin âgé de 3 mois, 2<sup>ème</sup> d'une fratrie de 2, originaire et habitant Agadir, assuré par CNSS

Motif d'hospitalisation : cyanose

Antécédents :

Familiaux :

-Mère âgée de 21 ans, G2P2 femme au foyer sans antécédents notables

-Père âgé de 25 ans, fonctionnaire, sans antécédents particuliers

-Fratrie : sans anomalie notable

-Pas d'habitudes toxiques, pas de maladies chroniques ou de maladies héréditaires connues dans la famille

-Pas de notion de consanguinité

Personnels :

Anténataux :

Grossesse bien suivie, sans complications, suivie avec échographie chaque trimestre, menée à terme 38 SA. Pas de détection d'anomalie ou de malformation en anténatal

Pas de notion d'irradiation, ou de consommation de plantes ou de prise médicamenteuse au cours de la grossesse

Pas de pathologies lors de la grossesse (HTA gravidique, diabète gestationnel, anémie)

Sérologie : toxoplasmose (-) rubéole (-) rougeole (-)

Prénataux :

Accouchement par voie haute à 38 SA car pas d'engagement

À la naissance : cri immédiat, pas de notion de souffrance néonatale

Poids = 3500g, eutrophie ; primogénite et tailles non documentées

APGAR non précis

Mode d'alimentation : allaitement mixte 60cc x2/j, pas encore de diversification alimentaire. Vaccination : 2 vaccins reçus le dernier jour de 2 mois

Médicaux : pas de notion de bronchiolite, pas d'antécédents médicaux particuliers

## Histoire de la maladie

Le dbut de la symptomatologie remontela naissancepar lapparition dune cyanose pribuccale et des extrmits, associeune dyspne des pisodes dapnes, une mauvaise prise pondrale et une toux. Pas de notion de malaise ou dhypersudation le tout voluant dans un contexte de conservation de ltat gnral et dapyrexie.

### Examen clinique :

#### Examen gnral :

- Nourrisson agit
- Cyanose pri buccale et des extrmits
- FC : 125batt/min ()
- FR : 56 cycles/min(polypnique)
- TA : 90/62mmhg (normo tendu)
- Poids : 5000 g ()
- Taille : 61cm ()
- Temprature : 36C (apyrtique)
- Saturation : 66% en air ambiant
- TRC<3sec

#### Examen cardiovasculaire

##### Inspection :

- pas de dformation thoracique
- Pas de circulation veineuse collatrale
- Pas de cicatrices
- Pas de turgescence des veines jugulaires

##### Palpation :

- Pouls fmoraux de tous les pouls priphriques prsents de faon symtrique.
- Pas de fruissement dans les foyers auscultatoires
- Pas de reflux hpato-jugulaire

##### Auscultation :

- souffle systolique intense 5/6 maximum au bord gauche du sternum
- souffle systolique au foyer pulmonaire

#### Examen pleuropulmonaire :

##### Inspection :

- Prsence dun tirage intercostale, et des geignements
- Pas de dformation thoracique ni dasymtrie visible.
- Pas de matit ni dhyper tympanismela percussion
- Les murmures vsiculaires sont bien perus de faon symtrique.

-Pas de rle.

Examen abdominale :

Inspection : abdomen de volume normale, pas de voussure.

Palpation :

- abdomen souple.

-Prsence dune hpatomgalie

- Pas de sensibilit ou de dfense

Auscultation :

-Les bruits hydro-ariques sont bien perus

Examen des orifices herniaires : pas dhernie.

Examen ORL

-Oreilles : normaux.

-Cavit buccale : pas danomalie

Examen des OGE : Absence danomalie notable

Examen neurologique :

-Patient en hypotonie gnralis.

Examen de la rgion cphalique et de la face :

-Fontanelle antrieur ouverte.

-Fontanelle postrieur ferm.

-Sutures crniennes fermes.

-Un facis trisomique.

Examen des territoires ganglionnaires :

-Pas dadnopathie sur les territoires ganglionnaires

Conclusion clinique

Il sagit dun nourrisson ge de 3mois, de sexe masculin, sans antcdent particuliersqui se prsente pour une cyanose, une dyspne et une mauvaise prise pondrale et chez lexamen clinique a mis en vidence un souffle systolique intense 5/6 max au niveau du bord laterosternal gaucheet un souffle systolique au niveau du foyer pulmonaire et, une polypne avec des signes de lutte respiratoire, et une hpatomgalie

Les diagnosticsvoquer :

Insuffisance cardiaque

Stnose pulmonaire

Ttralogie de fallop

Examens complmentaires :

Echographie cardiaque : cur en criss cross avec double discordance, une civ large et une malposition vasculaire et stnose pulmonaire valvulaire significative

Radio thorax: cardiomgalie

ECG : sans anomalie

Diagnostic retenu : cur en criss cross + stnose pulmonaire

Bilan propratoire 14/12/21 (cure chirurgicale complte)

Groupe sanguin : O+

NFS : thrombopnie72giga/Lleucopnie1749/mm3

Ionogramme : sans particularit

CRP: 0.4mg/L

TP: 76%

TCA: 1.18

Evolution :

Lintervention chirurgicale sest bien droule sans complication.

Le nourrisson est hospitalis maintenant enservice ra ccvp avec une ordonnance comportant :

-des ATB (Augmentin)

-des diurtiques (lasilix et aldactone) avec supplmentation en potassium (sirop kcl)

-Paractamol

-Mdicament pour lhtap (erector)

Une surveillance de la temprature et un contrle chographique sont indispensables pour prvenir lendocardite infectieuse

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi



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

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Clinique		
TYPE : OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identité :

Il s'agit d'un nourrisson Ghita Moufakkir, né le 3/03/2021 (âge 9 mois), fille unique, originaire et habitante de Marrakech assurée par la CNSS.

Motif d'hospitalisation : tableau de détresse respiratoire sur bronchiolite.

Histoire de la maladie :

L'histoire de la maladie remonte 3 mois par l'apparition d'une fatigabilité et l'installation d'une dyspnée prise de ttes et une, le tout évoluant dans un contexte d'apnée avec conservation de l'état général.

Antécédents :

Familiaux :

-mère âgée de 24 ans, mère en foyer, G1P1, groupe sanguin A+, sans antécédents particuliers.

-père, sans antécédents particuliers.

-Absence de consanguinité des parents.

-neveu décédé d'une CIV.

-Absence de maladies héréditaires.

-Absence de maladies auto-immunes dans la famille.

-Absence d'habitude toxiques dans la famille.

Personnels :

-Période antenatale : grossesse bien suivie jusqu'à terme (39 SA) sans complications (3 consultations, 3 échographies sans aucune anomalies), pas de consommation de fœtus, pas de prise médicamenteuse, pas de diabète gestationnel, anamnèse infectieuse négative.

-Période prénatale : accouchement par césarienne, liquide amniotique clair, notion de souffrance fœtale due à une double circulation du cordon ombilical qui aurait duré 6h (selon le dire de la patiente), cri retard, bébé cyanosé à la naissance, score d'Apgar et de Silverman non documentés.

-Période post natale:

Poids à la naissance : 3,400g (normale selon la courbe de croissance)

Taille à la naissance : 48 (normale)

Vaccin : vaccination faite selon la maman.

Hospitalisation (qui a duré 1 mois) l'âge de 5 mois pour une détresse respiratoire, où elle a été intubée, et a présenté un ACR récupéré.

qui a dur 10min, suitecela, le bb a prsent des squelles neurologique

hospitalisation il y a 20 jrspour une dtresse respiratoire sur bronchioalvolite virale

Alimentation : Allaité au sein depuis la naissance, puis diversification alimentairel'ge de 6mois

Examen clinique :

Examen gnral :

-Patient conscient, calme, tte en flexion avec une rigidit des 4 membres (absence de mobilit et de gesticulation)

-facis normal

- Pas de pleur ,ni dictre, ni de lsion cutane

-prsence de lsions cutanes multiples :

une au niveau de la jambe droite et suivant le trajet de la veine saphne (type brulure de 2eme degr)cicatrise

et une au niveau de l'abdomen du mme type mesurant 2 cm

- escarre au niveau du crane occipital

-Temps de recoloration normal (inferieur3sc).

-Temprature :36,5 C (apyrtique)

-FC : 130 batt/min (normal).

-FR : 35 cycle/min (normal).

-TA : 90/60 (normal)

-SaO2 : 96 ( lair ambiant).

-Poids : 6 Kg (normal selon la courbe de croissance)

-Taille : 66 cm (normale)

Examen cphalique et de la face :

Crane :

-fontanelle antrieur lgrement ouverte d'aspect normale

-Fontanelle postrieur ferme.

Face :

-Absence ddme palpbrale.

-Absence de la fente palatine.

-Absence dune macroglossie.

-Absence danomalie des oreilles.

Examen cardio-vasculaire :

Inspection :

-absence de cyanose.

-absence de signe d' IC (turgescence des veine jugulaire....)

-absence de dformation thoracique.

-Absence de circulation veineuse collatrale.

-pas de ddme des membres infrieurs

Palpation

- extrmits chaudes

-pas de thrill sus sternal

- pas de reflux hpato jugulaire

Auscultation :

-prsence de rles ronflant

-prsence d'un clat de B2 prdominant au niveau du foyer pulmonaire

-absence de souffle

Palpation des pouls fmoraux :

-Bien perues de faon symtrique

Examen du thorax :

Inspection :

-Morphologie cylindrique et symtrique du thorax,

-prsence dun tirage intercostal.

-absence d'entonnoir xiphodien.

-Les respirations thoracique et abdominale sont synchronises

Auscultation :

-prsence de rles ronflants

-murmures vsiculaires audibles et symtrique.

Examen neurologique :

-Attitude de repos anormal en quadri-extension

-rigidit des 4 membres

-Fontanelle ant dprime

-Hyperextension de la tte

-Mauvaise perception des bruits

-Pas de poursuite auriculaire

Examen abdominal :

Inspection :

-Abdomen souple et indolore.

-Absence de distension abdominale.

-Abdomen symtrique.

-Absence de circulation veineuse collatrale.

-Absence de voussures.

Palpation :

-Absence de masse palpable.

-Absence de hépatomégalie ou splénomégalie.

-Absence de contact lombaire.

-Les hernies sont libres.

Auscultation :

-Le transit est audible

-Il n'existe pas de souffle abdominal

Examen de l'appareil locomoteur : (examen bilatéral et comparatif)

-Longueur normale des membres

-Absence de déformations des extrémités, mains et pieds

Rachis :

Inspection : normale, pas de déformations, pas de scoliose, pas de gibbosité, pas de spina bifida.

Palpation : pas de points douloureux, signe de la sonnette négatif, palpation normale.

Hanche : l'examen ne trouve pas de luxation congénitale de la hanche, Signe de Barlow et Signe d'Ortolani négatifs

Le reste de l'examen clinique est sans particularité

Conclusion :

Il s'agit de Moufakkir Ghita âgé de 9 mois, ayant comme antécédents une souffrance néonatale, un ACR de 10 min, des séquelles neurologiques, et 2 hospitalisations en réanimation pour détresse respiratoire sur bronchioalvéolite, qui est admise pour une dyspnée, prise de tétes et une fatigabilité, et chez qui l'examen clinique trouve une rigidité des 4 membres, tte en flexion, des lésions cutanées, tirage intercostal, des râles ronflants, un clat de B2 intense au niveau du foyer pulmonaire, une mauvaise poursuite oculaire et une mauvaise perception des bruits, le tout évoluant dans un contexte d'apnée avec conservation de l'état général, le reste de l'examen clinique est normal

Hypothèse diagnostique:

Communication inter ventriculaire

Canal atrioventriculaire

Communication inter-auriculaire.

atteinte de la substance blanche multifocale (sclérose en plaque, encéphalomyélite aiguë)

Examens complémentaires:

-Échocardiographie à montre:

CIV large shuntant droit gauche avec dysfonction VG et HTAP

-IRM crânienne qui a montré :

Une atrophie cortico-sous corticale diffuse avec multiples lésions kystiques intra parenchymateuses : encéphalomalacie

-EEG à montre:

une souffrance crânienne diffuse (trac d'organisation moyenne avec activité rapide et diffuse)

-AVIS NEUROLOGUE:

un ttt anti-reflux et un ttt neuroepileptiquebase de Lioresal et Dpakine et un bilan exploratoire ont t prconis

-Evolution : favorable sur le plan respiratoire, avec un sevrage progressif de l'oxygne, amlioration de la gne respiratoire et disparition des rles sibilants, sur le plan neurologique, lgre amlioration de la rigidit et l'hypertonie, Devant le pronostic neurologique trs rserv, PAS D'INDICATION A LA CHIRURGIE, pour sa cardiopathie pour le moment, elle sera suivie en externe avec un contrle prvu dans 3 mois.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi