



## **RAPPORT DE STAGE**

### **Stage Clinique: Stage Hospitalier 4 Cycle 3** **Stage clinique**

Niveau 1 : B

Niveau 2 : B1

Niveau 3 : M3-B1-1

Service D'affectation :

Date debut de stage: 18-04-2022

Date fin de stage: 15-05-2022

**Réalisé par : chelqi mohammed**

19-07-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Benkhadda mouna		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

**IDENTITÉ :** Il s'agit de Madame Benkhadda Mouna , agée de 49 ans, mariée et mere de 3 enfants. Employé a l'ONEP, est originaire DERabat Cette derniere est mutualiste à la CNOPS.

**Motif de consultation :** chutes d'hypoglycémie symptomatiques

**ATCD :**

1) Personnels:

**MÉDICAUX:** • Facteurs de risque CV : - HTA : Non. Hypotension orthostatique mal suivie - Diabète : Non. Hypoglycémie non suivie - Dyslipidémie : Non. - Cardiopathies : Non. • Prise médicamenteuses: Heptamyl mal suivi (curetec) périodiques • Contage tuberculeux : non • Notion de traumatisme récent : non • Vaccination : à jour, non atteinte par covid • Séjour en zone tropicale : non • Sciatique : non

**GYNECO-OBSTETRIQUES :** - Ménarches : 16 ans. - Ménopauses : Il y a 4 ans - Cycle régulier de 28 jours. - Pas de syndrome prémenstruel. - Cycles réguliers au moment des règles - G3P3 - pas de prise de contraception orale - Accouchement par voie basse pour les 3 enfants - pas d'allaitement, pas assez de lactation

**CHIRURGICAUX :** pas d'antécédents chirurgicaux Fracture cheville gauche il y a 1 an

**TOXICOLOGIQUE :** Éthylisme : non Drogues : non Tabagisme : non ALLERGIE : saisonnière au pollen

2/ Familiaux : père décédé par cancer thyroïdien, mère diabétique décédée

**Histoire de la maladie :** Remonte à 2 semaines par l'altération de l'état de la patiente et persistance de fatigue et asthénie corrigée momentanément par la prise alimentaire sucrée associée à des sensations de chutes sans perte de conscience et sans prodromes , avec tremblements et vertiges limitant l'activité physique et sociale ainsi qu'une polydipsie et migraine post vertiges , la patiente n'évoque pas de troubles digestifs ni d'anomalies de transit, par contre elle affirme le fait qu'elle perd facilement le poids après simple effort sportif . Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général , un amaigrissement chiffré de 7 kg/ mois une anorexie , et asthénie constante

**EXAMEN GÉNÉRAL :** - La patiente est consciente et bien orientée dans le temps et l'espace , eupnéique , apyrétique et conjonctives pâles, avec aspect de sécheresse, faciès pâle et langue avec xerostomie , axe cornéen sans particularités , avec présence de plis de déshydratation - T° : 37.8° - IMC : 17 ,1 - TA : 9/6 mmHg - FC : 86bpm - FR : 17 cycles / min. - SaO2 : 97% - Glycémie : 0,84mg/dl

**EXAMEN ABDOMINAL :** INSPECTION : - Pas de ballonnement . - Pas de voussures. - CVC : NON - Omphalique : pas de dépliement. - Cicatrices : NON - Cyanose : NON PALPATION : - Contracture : NON - Défense : NON - Pas d'hépatomégalie. - Pas de splénomégalie. - Signe du flot : (-) - Signe du glaçon : (-) - Signe de Murphy : (-) - Contact lombaire : (-) PERCUSION : - Matité pré-hépatique conservée. AUSCULTATION : - Bruits hydro-aériques : normaux - Souffle : NON. ORIFICES HERNIAIRES : Les orifices herniaires sont libres.

**TOUCHER RECTAL :** Non réalisé.

**TOUCHER Vaginal :** Non réalisé

**EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :** INSPECTION : - Pas de cicatrices. - Pas de circulation veineuse collatérale. - Pas de turgescence des veines jugulaires - Pas d'œdèmes des membres inférieurs. - Pas de cyanose. - Pas d'érythème. - Pas de

déformation thoracique. PALPATION : - Choc de pointe bien perçu au niveau du cinquième espace intercostal gauche sur la ligne médioclaviculaire. - Pas de thrill sus-sternal. Signe de Harzer négatif. - Pas de reflux hépato-jugulaire. - Signe de Homans négatif. - Pouls périphériques présents de façon bilatérale et symétrique jusqu'en distalité. - (carotidien ,sous claviere,radiale, brachiale, axillaore, femorale, poplitée , tibiale post et pedieuse)

AUSCULTATION : - Les bruits B1 et B2 sont bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers d'auscultation cardiaque : • Aortique • Pulmonaire • Mitral • Tricuspidé - Pas de souffles. - Pas de bruit surajouté. - EXAMEN vasculaire : - Palpation des pouls peripheriques : presents au niveau du membre sup :radial,cubital,huméral,femoral,poplitée,tibial post,pedieux. - Auscultation des arteres femorales,arteres carotides,aorte abdominale est normale - Pas d'oedemes de membre inférieurs - Pas de varices - Signes de Homans negatif - Presence de lesion dermique au niveau de la cheville droite prenant l'aspect d'une macule hypochromique voir achromique sans reliefs.

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE : INSPECTION : - Pas de cicatrice opératoire. - Pas d'oedemes. - Pas de pâleur. - Pas de cyanose. - Pas d'érythrose. - Pas de déformation thoracique. - Pas de distension ou rétraction pulmonaire - Pas d'hippocratisme digital - Pas de cyphose , pas de scoliose, pas de lordose. PALPATION : Les vibrations vocales sont bien transmises au niveau du champ pulmonaire droit et gauche.

PERCUSSION : Tympanisme conservé

AUSCULTATION : Murmure vésiculaire bien perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche. Absence de râles crépitants, pas de râles ronflants et pas de râles sibilants. Inspection : cavité buccale normale,pas de cicatrices,pas d'ictère,pas d'angiomes stellaires, Volume et forme de l'abdomen : normale Pas de CVC,pas d'obesite Voir l'examen abdominale. Auscultation : pas de bruits hydro aériques au niveau de l'aorte,ainsi qu'au niveau des arteres renales,arteres iliaques.

EXAMEN OSTEO ARTICULAIRE Sans particularités

EXAMEN Uro nephrologique Urinesnon analysés Palpation des fosses lombaires :pas de douleur,pas de masse renale, pas de contact lombaire Pas de douleurs tout au long du trajet des points uretraux Pas de globe vesical a la palpation de l'hypogastre Examen thyroïdien : Inspection : pas de masse observé,pas de signes d'inflammation cutanée Palpation : glande thyroïde bien palpéeen dessous du cartilage cricoïde mobile a la deglutition

. EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES : - Axillaire : libres Cervicale : L'examen de l'aire sous-mentonnière, sous-maxillaire, parotidienne, pré- tragiennne, mastoïdienne, occipitale, cervicale antérieure , sus claviculaire et cervicale postérieure sans particularité - Epitrochléenne : examen sans particularité. - Inguino-crurale : examen sans particularité

EXAMEN mammaire Inspection : pas d'anomalie cutanée,peau normale,pas de zone inflammatoire,pas de lésion ulcérée ,pas de peau d'orange,pas de dépression de peau lors de la mobilisation Legere dysmetrie de taille entre les deux seins ,pas d'anomalie de l'aréole,pas de rétraction,pas d'aspect excématisé Palpation : Rien de particulier

Examen neurologique : Motricité : Tonus musculaire normal Résistance musculaire a l'étirement passif normal Force musculaire normale Globale : signe de barré négatifs Signe de mingazzini négatif Segmentaire : force musculaire 5/5 Reflexes : Reflexes osteo tendineux normaux Cutaneo palmaires normaux Les autres normaux Sensibilité : cutanée normale,tactile est normale,douleur bien ressentie Sensibilité thermique bien perçue,mobilisation des orteilles est normale,pallesthesie normale,epreuve de romberg negatif Examen des nerfs crâniens : Fonctions des nerfs sans particularités Fonctions superieures :bonne connaissance de soi et de l'environnement Patiente vigilante sans troubles de langage ni de memoire Score 7 de glasgow

CONCLUSION CLINIQUE : Il s'agit de M.Benkhadda Mouna âgée de 49 ans connue hypotendue et hypoglycémiant avec mal suivi du traitement et qui consulte pour une fatigue et vertiges periodiquesdatant de plus de 2 semaines asocies a des tremblements, une polypnée ,une polydipsie et polyurie, unemigraine et hypotension orthostatique limitant ainsi l'activité physique et corrigée momentanément par la prise des aliments sucrés et la position couchée, et chez qui l'examen clinique a trouvé un aspect général déshydraté, avec xérostomie et plis de déshydratation, patiente hypotendue a 9/6 mm/hg , glycémiea 0,84 mg/dl ,legere tachycardie a 86bpm, le reste d l'examen est sans particularites, le tout évoluant dans un contexte apyrétique et de conservationde l'état général avec anorexie, asthenie et amigrissement chiffré de 7 kg/ mois.

Examens complementaires : TSH,FT3 ,FT4 NFS ,hemogramme Glycemiea jeun et post prandiale Ionogramme avec uree creat Dosage de cortisol et ACTH et aldosterone Echoendoscpie de pancreas

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Batout halima		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Il s'agit de Madame Batout Halima, âgé de 50 ans, divorcé et médecin. Originaire et résidente à Meknès, elle a trois enfants, elle est assurée par CNOPS.

Motif de consultation : Douleur péri orbitaire gauche associée à des céphalées occipitales gauches.

Antécédents : Médicaux : Hypertendu depuis 8 ans sous Ramipril Notion d'aphtose bipolaire récidivante depuis 10 mois Notion d'otite purulente le 08/10/2020 sous Augmentin (Traitée) Otite en octobre Angine à répétition à l'enfance et des arthralgies Pas connu diabétique, pas de cardiopathie Pas de pneumopathie, de néphropathie et d'hépatopathie Pas de notion de contag tuberculeux, Pas de notion d'hépatite, Le statut vaccinal du patient est à jour.

Gynéco-obstétricaux : G3P3 Patiente en périménaupose Prise de contraceptif pendant 13 ans

Chirurgicaux : Cholécystectomie depuis 16 ans Césarienne Habitudes toxiques : Pas de notion de tabagisme actif ou passif, pas de notion d'éthylisme.

Allergie : Notion de rhinite allergique

Familiaux : Père hypertendu Mère : Glaucome et morte d'AVC Sœur : lupus systémique Pas d'antécédents de cancer, de pneumopathies, de néphropathies, d'hépatopathies.

Histoire de la maladie : Le début de la symptomatologie remonte à 10 mois, par l'installation progressive de douleur périorbitaire associé à des céphalées gauches intermittentes puis devenus constantes et résistantes aux traitements.

Examen clinique

: Examen général : Score de glasgow : 15/15 Poids : 53 kg, Taille 1m 50 Tension artérielle : 116/54 mmHg Température : 37°C SpO2 : 96% Dextro non réalisé La patiente est consciente, bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle ne présente pas une pâleur, ses conjonctives sont normales, pas d'œdème des membres inférieurs.

Examen cardiovasculaire : Inspection : Pas d'ictère Pas d'hyperpulsatilité des artères carotides Pas de turgescence des veines jugulaires Pas d'hippocratisme digital Pas d'œdème des membres inférieurs ni de circulation collatérale Pas de troubles trophiques notables Palpation : Pouls bien perçus au niveau des axes vasculaires ils sont bilatéraux réguliers, d'intensité normale Choc de pointe non déviée (au 5ème espace intercostal gauche) Signe de Harzer négative Pas de reflux hépato-jugulaire Auscultation : Rythme cardiaque régulier B1 et B2 sont perçus dans les 4 foyers cardiaque : (aortique, pulmonaire, mitral, tricuspide) sans souffles Pas de bruit de galop Examen vasculaire : Palpation : Pouls (carotidiens, huméraux, cubitaux, fémoraux, poplités, pédieux, tibiaux) symétriques et bien perçus Signe de Homans négatif

Examen pleuropulmonaire : Inspection : Amplitude et ampliation thoracique normale La morphologie du thorax est normale Absence de cicatrices La respiration est normale, il n'y a pas de tirage ou de respiration paradoxale Absence de cyanose et d'hippocratisme digital Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner Absence de stridor ou de cornage Palpation : Compliance thoracique normale La transmission des vibrations vocales est normale dans les 2 champs pulmonaires de façon symétrique. Pas de crépitements sous cutanée Percussion : Absence de matité Sonorité normale Auscultation : Le souffle laryngo-trachéal est présent Le murmure vésiculaire est perçu normalement dans les 2 champs pulmonaires Absence de râles Absence de frottement pleural

. Examen abdominal : Inspection : Respiration abdominale normale Pas de cicatrice, de voussure, de ballonnement Pas de circulation veineuse collatérale Pas de Météorisme Pas d'Ombilic déplié Palpation : Pas de sensibilité, pas de défense ou de contracture. Pas de globe vésical Pas d'hépatomégalie (flèche hépatique non faite) Pas de splénomégalie Les orifices

herniaires sont libres Percussion : Sonorité abdominale normale Auscultation : Les bruits hydro-aériques sont présents et normaux. Pas de souffle vasculaire abdominal. Le toucher rectal n'a pas été fait

Examen neurologique : Examen de la marche et station debout Examen de la marche : Pas de fauchage de steppage de boiterie ou de démarche dandinante d'inclinaison de boiterie Examen de la station debout : Régularité du pas, demi-tours harmonieux, Signe de Romberg négatif Examen du tonus musculaire : Le tonus musculaire est normal pas d'hypotonie ni d'hypertonie. Examen des muscles et la force musculaire Examen des muscles Pas d'atrophie musculaire ni d'hypertrophie musculaire Examen de la force musculaire Force musculaire globale Tient le Barré négatif Tient le minguizzini Examen de la force musculaire segmentaire : normale : Force musculaire conservée au niveau du membre supérieur et du membre inférieur droit et gauche. Sensibilité (tactile, thermo algique et proprioceptive) : normale Reflexes (achilléen, rotulien, bicipital, stylo-radial, ulno-pronateur, tricipital, palmaire) : normaux. L'examen de la coordination des mouvements : Manœuvre doigt / nez au MS normal Manœuvre talon / genou au MI normale Nerfs crâniens : normaux 1. Olfactif : odorat 2. Optique : acuité visuelle 3. Oculo moteur : motricité oculaire 4. Trochléaire : motricité oculaire 5. Trijumeau : sensibilité de la face 6. Abducens : motricité oculaire 7. Facial : motricité de la face 8. Vestibulo cochléaire : audition, équilibre 9.10. Nerfs mixtes sensitivo-moteurs 12. hypoglosse : motricité de la langue Le reste de l'examen clinique est sans particularité

. Examen cutanéomuqueux : Examen cutané : pseudo folliculite au niveau des bras Examen buccale : cicatrice d'aphte buccale Examen osseux : 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 douleur à la pression de l'épaule gauche, pas de chaleur ni de distension articulaire Mobilité : normale Examen des aires ganglionnaires : Inspection : pas de voussure, ni de rougeur, ni de fistule, état cutané normale Palpation : Ganglions : aires cervicales, axillaires, épi trochléennes normales

Conclusion : Il s'agit de Madame Batout Halima qui a consulté pour une douleur périorbitaire associé à des céphalées gauches ayant comme antécédent familiale des maladies de système. Chez qui l'examen clinique trouve un pseudo folliculite au niveau du bras

Diagnostic évocateur : Neurolupus :

Argument pour : céphalée, anxiété, fatigue, vertige, la résistance au traitement Maladie de Behcet

: Argument pour : aphte buccaux récidivant, pseudo folliculite, des arthralgies Cancer du cavum :

Argument pour : aucun Argument contre : pas d'épistaxis pas d'altération de l'état général

e Examen complémentaire : NFS VS CRP Imagerie médicale : Angio IRM encéphalique Angiographie rétinienne

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : EL GAROUAZ mohamed		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

dentité: Il s'agit de EL GAROUAZ Mohammed agé de 73 ans, originaire et habitant à Khouribga, marié et père de 2 enfants(2 garçons) , ex sous officier de 1966 à 1972 et retraité de l'OCP, couvert par l'OCP

. Motif de consultation : Admis le 13/12/21 pour douleur thoracique droite

Antécédents: Personnels Médicaux: - HTA traitée depuis 4 ans par Cronodine, Kloviram? et Flaxil? (dose?) - Patient connu BPCO révélé par un pneumothorax en 2016 sous traitement de fond: dernière exacerbation sur pneumopathie infectieuse remonte au mois de juin 2021 - Athérosclérose en 2015 - suivi pour Cardiopathie ischémique sur athérosclérose traité par pose de stent - Vacciné contre la covid-19 par 2 doses (1ère: AstraZeneca, 2ème: Sinopharm), la dernière dose datant d'il y a 1 mois. - Traité pour un épisode de la goutte par Zyloric (dose?) commencé il y a 1 an et arrêté il y a 4 mois car les articulations ne sont plus douloureuses.(arrêté par lui même) - Antécédent néoplasique: suivi pour cancer pulmonaire (stade) - Kérato uvéite en cours de traitement - Pas de diabète, - pas de dyslipidémie, - Pas de néphropathies - Pas de contage de covid-19, - Pas de contage tuberculeux ou de tuberculose - Pas de voyage en zone endémique - Pas d'antécédents traumatiques récents ou dans l'enfance - Pas d'antécédents psychiatriques - Pas de troubles mictionnels - Pas de troubles métaboliques (thyroïde) - Pas de notion de recours à la médecine parallèle Chirurgicaux : - Cholécyctomie en février 2021 sous coelioscopie - Coronarographie en juin 2015 (pas de documents) - Pneumothorax sur le poumon droit drainé en 2016 (évacuation) - Mise en place d'une première chambre implantable en 2015 sans complications post-opératoire et puis le 2 avril 2021 - Résection trans-urétrale de la vessie en 2014 sans complications post-opératoire à chaque Toxiques:- Tabagique chronique à 47 PA et sevré en 2015 - Consommation hebdomadaire d'alcool à raison 2 bouteilles de bière non sevré - Pas de notion de prise de drogue - Pas de notion de consommation de plantes médicinales Allergiques: Pas d'allergies médicamenteuses ou alimentaires connues, pas de rhinite allergique Mode de vie: sédentaire, ne suit pas de régime alimentaire particulier. L'ex-environnement de travail était très pollué et stressant. Familiaux: Mère hypertendue, 2 cousins paternels décédés d'une pathologie thoracique non étiquetée, pas de diabète, pas de maladies héréditaires, pas d'antécédents néoplasiques connus, pas de cas similaires dans la famille

. Histoire de la maladie: Le début de la symptomatologie remonte à 10 jours avant l'admission par l'installation progressive d'une douleur basithoracique droite à type constrictive, d'aggravation progressive, avec irradiation sur l'hémithorax droit, aggravé par le décubitus latéral droit, sans facteurs calmants particuliers, rythmée par la respiration, paroxystique. Le tout accompagné d'une toux grasse productive avec expectorations blanchâtres, dyspnée essentiellement douloureuse stade III associé à une réduction progressive du périmètre de marche et de l'activité. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général avec une importante asthénie, sans anorexie, sans amaigrissement. Le début de la symptomatologie remonte à par l'installation brutale d'une dysphonie, accompagnée d'une hémoptysie, d'un wheezing, dyspnée stade IV selon la classification NYHA, palpitations, avec conservation de l'état général. Sans fièvre, sans asthénie, sans anorexie, sans orthopnée, sans sueurs nocturnes ou froides, sans troubles du transit, sans nausée, sans vomissements, sans troubles mictionnels, sans amaigrissement, sans dysphagie, sans diarrhée, sans constipations, sans prurit. La dyspnée est soulagée par le décubitus latéral et est aggravée par l'effort. Il consulte en 2015 et réalise une aéroscopie, un scanner thoracique et une biopsie, qui objectivent une tumeur pulmonaire, des cordes vocales gauches dysfonctionnelles ? Le diagnostic de tumeur pulmonaire ? a été retenu, motivant une chimiothérapie de ??? cures et un radiothérapie de ??? séances, les dernières séances datent de 2015. Actuellement, le patient présente une toux grasse productive avec des glaires blanchâtres, une dyspnée douloureuse aggravée par l'effort et le décubitus latéral droit, une légère asthénie. Sans anorexie, sans vomissement, sans nausées, sans troubles du transit, sans troubles mictionnels, sans prurit, sans hématomèse, sans dysphagie, sans orthopnée, sans Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général

. Examen général: - Patient conscient, bien orienté dans le temps et l'espace, en bon état général. - GCS: 15/15- OMS: 1-2 autonomie mais sans effort physique intense - Asthénique - Stable sur le plan hémodynamique - Conjonctives

normocolorées - Pupilles réactives et symétriques - Leuconychies sur les mains - pas de pâleur, pas d'ictère, pas de marbrures, pas de sueurs, pas de signes de déshydratation ou de dénutrition. - Taille: 180cm - Poids: 92 kg - IMC: 28.4 surpoid - FC: 86 bpm, patient normocarde - TA: 10/7 cmHg, patient normotendu - FR: 15 cycles/min, patient dyspnéique - T°: 37°C, patient apyrétique - SpO2: 92%, patient sature mal à l'air ambiant

Examen pleuro-pulmonaire: FR: Inspection: - Thorax asymétrique avec déformation basithoracique gauche: voussure indolore sans signes inflammatoires en regard - Expansion thoracique normale à la respiration - Respiration normale et symétrique - Pas de tirage ni de signe de lutte respiratoire - Pas de cyanose - Pas d'hippocratisme digital - Respiration thoraco abdominale synchrone Palpation: Bonne transmission des vibrations vocales Percussion: Sonorité thoracique normale sans matité. Auscultation: Murmures vésiculaires abolis à gauche. Pas de râles bronchiques ou alvéolaires

. Examen des aires ganglionnaires: Inspection: - Pas de tuméfaction visibles - Pas de rougeur - Pas de gonflement - Pas de signes d'inflammation Palpation: - Les aires ganglionnaires sont libres à la palpation - Absence d'anomalie dans les différents aires (cervicale, axillaire, deltopectoral, épitrochléenne, médiastinale abdominale, inguino fémoral, retro crural, poplité) - Absence du ganglion de Troisier

Examen cardiovasculaire: FC: 98bpm TA: 10/7 cmHg Inspection: - Thorax asymétrique avec déformation basithoracique gauche: voussure indolore - Pas de cicatrices - Pas de cyanose - Pas de voussures - pas d'œdèmes des membres inférieurs - pas de turgescence des veines jugulaires - pas d'angiomes stellaires - pas de circulation veineuse collatérale - pas de signes d'inflammation ou d'éruption cutanée - Absence de signes d'insuffisance cardiaque Palpation: - Choc de pointe bien perçu sans déviation - Signe de Harzer négatif - Pas de reflux hépato-jugulaire - les pouls périphériques sont bien présents et symétriques - Pas de thrill perçu ni de frémissements au niveau des foyers cardiaques Auscultation: - Les bruits B1 et B2 sont bien perçus au niveau des 4 foyers. - Pas de souffles ou de bruits surajoutés au niveau des 4 foyers. - Rythme cardiaque régulier

Examen abdominal: Inspection: - Abdomen symétrique avec une respiration abdominale normale, - Omphalique bien plissé, - Pas de cicatrices, - Pas de voussures, - Pas de lésions - Pas de circulation veineuse collatérale, - Pas de distension abdominale Palpation: - Abdomen souple - Pas de défense ni de contracture - Pas de masse palpable - Pas de splénomégalie - Pas d'hépatomégalie, foie de taille normale, de consistance normale, de surface régulière de bord lisse et est indolore. - Absence de douleur au niveau de tous les cadrans - Contact lombaire négatif - Signe de Murphy négatif - Signe de flot négatif Percussion: - Sonorité abdominale normale avec conservation de la matité hépatique - Pas de matité déclive - Flèche hépatique normale de 11,2 cm Auscultation: - Bruits hydro aériques audibles et normaux. - Absence de souffle de l'aorte abdominale et des artères rénales Orifices herniaires: Les orifices herniaires sont libres.

Toucher rectal: Non réalisé.

Examen neurologique: État de conscience: GCS: 15/15, Patient conscient, bien orienté dans le temps et l'espace. OMS: 0, patient complètement autonome Station debout: Normal, signe de Romberg négatif. Étude de la marche: Normal, sans anomalies. Tonus musculaire: Pas d'hypotonie ou d'hypertonie. Les mouvements des membres sont réalisés sans spasticité. Force musculaire: 1) Globale: Le patient tient le Barré de manière bilatérale. Le patient tient le Mingazzini de manière bilatérale. 2) Segmentaire: - Membre supérieur droit: 5/5 - Membre supérieur gauche: 5/5 - Membre inférieur droit: 5/5 - Membre inférieur gauche: 5/5 Etude des réflexes: 1) Réflexes ostéo-tendineux: Les réflexes sont présents et symétriques. 2) Réflexes cutané-muqueux: Les réflexes sont présents et symétriques. Pas de signe de Babinski au niveau du réflexe cutané plantaire. Réflexe cutané abdominal normal. Coordination: Conservée pour tous les membres. Les épreuves doigt-nez et talon-genou sont réalisées sans anomalies. Pas de dysmétrie, pas de dyschronométrie, pas d'adiadococinésie. Sensibilités: Les sensibilités profondes et superficielles sont conservées. Etude des nerfs crâniens: I- Nerf olfactif: Bonne perception et distinction des différentes odeurs donc pas d'hyposmie, d'hypersomnie, de parosmie, d'anosmie. II- Nerf optique: - Œil droit: Acuité visuelle et champs visuel normaux - Œil gauche: diminution de l'acuité visuelle, (uvéite) - Pas d'amputation du champ visuel. III- Nerf oculomoteur commun: - Pas de ptosis ou mydriase - Les mouvements oculaires en bas en dedans et en hauts sont possibles - Le réflexe photomoteur est présent - Pas de strabisme divergent - Pas de déviations verticales du globe oculaire IV- Nerf pathétique: Normal sans anomalies de poursuite oculaire, pas de diplopie verticale. V- Nerf trijumeau: - La sensibilité de la face est conservée du côté droit et gauche - pas de trouble de la sensibilité au niveau du front, des joues et/ou de la mâchoire - pas d'atteinte des branches V1, V2 et/ou V3 - Pas d'amyotrophie des muscles masséters - Réflexe cornéen présent VI- Nerf oculomoteur externe: - Pas de strabisme convergent - Le mouvement oculaire en dehors est possible VII- Nerf facial: - Absence d'asymétrie faciale - Absence du Signe de Charles Bell - Absence du Signe de cils de souques - Le patient peut gonfler les joues, siffler, montrer ses dents et fermer ses yeux VII bis- Nerf intermédiaire de Wrisberg: - La sensibilité du conduit auditif externe, 2/3 ant de la langue conservé VIII- Nerf auditif: - fonction normale du nerf cochléaire et du nerf vestibulaire Cochléaire: - bonne perception des petits sons et de la voix chuchotée - bonne perception des vibrations: les transmissions aérienne et osseuse sont conservées. Vestibulaire: - pas de latéro-pulsions à la station debout - La romberg est négatif et non latéralisé - pas de nystagmus IX- Nerf glosso-pharyngien: - Déglutition: possible - Signe de rideau - Réflexe nauséeux présent - Sensibilité de 1/3 post de la langue conservée\* - Pas de trouble de salivation (hyper/hypo sialorrhée) X- Nerf vague: - Troubles de phonation - Pas de trouble de déglutition - Fc=98 bpm - Tension artérielle = 10/7 cmHg - Réflexe de la toux conservé XI-



Nerf spinal : - La patiente arrive à bouger la tête dans tous les sens, mouvements contre résistance du cou est possible.  
Donc pas de paralysie du muscle sterno-cléido-mastoïdien ni du muscle trapèze XII- Nerf grand hypoglosse : - Motricité de la langue : normale - Déviation de la langue : normale - Claquement de la langue possible - Pas de fasciculation ou d'amyotrophie de la langue Etude des fonctions cognitives: Pas de troubles cognitifs ni de troubles de mémoire.

Conclusion: Il s'agit de M. EL GAROUAZ Mohammed, âgé de 73 ans, consultant pour un bilan évaluatif suite à une tumeur du poumon, ayant comme antécédents un tabagisme chronique à 47PA sevré en 2015, un alcoolisme hebdomadaire sevré, une athéroclérose en 2015, une HTA traitée et suivie depuis 4 ans, goutte il y'a 1 an, pneumothorax en 2016. Chez qui l'examen clinique objective une dyspnée de type IV, Cyanose au niveau des téguments, Leuconychies sur les mains, thorax asymétriques avec voussure indolore basithoracique gauche, murmures vésiculaires abolis, diminution de l'acuité visuelle de l'oeil gauche, et une dysphonie. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

Examens complémentaires: - NFS et plaquettes - CRP - Ionogramme sanguin complet - TDM TAP - Bilan hépatique

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : hajjaji rkia		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

**IDENTITÉ :** Il s'agit de MADAME hajjaji rkia, âgée de 59ans , mariée et mère de 2 enfants. La patiente est femme au foyer, est originaire d'Azemmour et réside à Rabat. Cette dernière est mutualiste à la CNOPS.

**MOTIF DE CONSULTATION :** Douleurs mammaires. ATCD :

1) Personnels: MÉDICAUX: • Facteurs de risque CV : - HTA : Non. - Diabète : Type 2. - Dyslipidémie : Non. - Cardiopathies : Non.

- Prise médicamenteuse :Automédication AINS.
- Contage tuberculeux : non
- Notion de traumatisme récent :non
- Vaccination : à jour • Séjour en zone tropicale : non

GYNECO-OBSTETRICAUX: - Ménarches :13 ans. - Ménopauses : il y a 7 ans -G4P2

- Contraception orale : NON - Accouchement par voie basse. CHIRURGICAUX : cholecystectomie en 2006

TOXICOLOGIQUE :Éthylisme : non Drogues : non Tabagisme : non ALLERGIE :NON

2) Familiaux : - : mastectomie chez la sœur - Prostate chez le père HISTOIRE DE LA MALADIE : Le début de la symptomatologie remonte a 2 mois par une découverte fortuite d'une masse évolutive fixe lors de l'autopalpation indolore sans fièvre ,le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général et un amaigrissement .

II- EXAMEN CLINIQUE: EXAMEN GÉNÉRAL : - Lapatient est consciente et bien orientée dans le temps et l'espace , eupnéique , apyrétique et conjonctives normocolorées. - T° : 36.8° - IMC : 29.1 - TA :114/61 mmHg - FC : 65bpm - FR : 17 cycles / min. - SaO2 : 100 %

EXAMEN ABDOMINAL : INSPECTION : - Pas de ballonnement . - Pas de voussures. - CVC :NON - Omilic : pas de déplissement. - Cicatrices : NON - Cyanose : NON PALPATION : - Contracture : NON - Défense :NON - Pas d'hépatomégalie. - Pas de splénomégalie. - Signe du flot :(-) - Signe du glaçon : (-) - Signe de Murphy :(-) - Contact lombaire :(-) PERCUSION : - Matité pré-hépatique conservée. AUSCULTATION : - Bruits hydro-aérique :présents. - Souffle :NON.

ORIFICES HERNIAIRES : Les orifices herniaires sont libres. TOUCHER RECTAL : Non réalisé.

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE : INSPECTION : - Pas de cicatrices. - Pas de circulation veineuse collatérale. - Pas de turgescence des veines jugulaires - Pas d'oedèmes des membres inférieurs. - Pas de cyanose. - Pas d'érythème. - Pas de déformation thoracique. PALPATION : - Choc de pointe bien perçu au niveau du cinquième espace intercostal gauche sur la ligne médioclaviculaire. - Pas de thrill sus-sternal. Signe de Harzer négatif. - Pas de reflux hépato-jugulaire. - Signe de Homans négatif. - Pouls périphériques présents de façon bilatérale et symétrique jusqu'en distalité.

AUSCULTATION : - Les bruits B1 et B2 sont bien perçus et réguliers au niveau des différents foyers d'auscultation cardiaque : • Aortique • Pulmonaire • Mitral • Tricuspidé - Pas de souffles. - Pas de bruit surajouté. EXAMEN vasculaire : Palpation des pouls peripheriques : presents au niveau du membre sup :radial,cubital,huméral,femoral,poplitée,tibial post,pédieux. Auscultation des arteres femorales,arteres carotides,aorte abdominale est normale Pas d'oedemes de membre inf Pas de varices Signes de Homans negatif

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE : INSPECTION : - Pas de cicatrice opératoire. - Pas d'œdèmes. - Pas de pâleur. - Pas de cyanose. - Pas d'érythrose. - Pas de déformation thoracique. - Pas de distension ou rétraction pulmonaire - Pas d'hippocratisme digital - Pas de cyphose, pas de scoliose, pas de lordose.

PALPATION : Les vibrations vocales sont bien transmises au niveau du champ pulmonaire droit et gauche.

PERCUSSION : Tympanisme conservé

AUSCULTATION : Murmure vésiculaire bien perçu au niveau des champs pulmonaires droit et gauche. Absence de râles crépitants, pas de râles ronflants et pas de râles sibilants.

Inspection : cavité buccale normale, pas de cicatrices, pas d'ictère, pas d'angiomes stellaires, Volume et forme de l'abdomen : normale Pas de CVC, pas d'obésité Voir l'examen abdominale. Auscultation : pas de bruits hydro aériques au niveau de l'aorte, ainsi qu'au niveau des artères rénales, artères iliaques.

EXAMEN OSTEO ARTICULAIRE Examen de l'épaule : pas de douleurs au niveau des repères osseux, pas d'épanchement, étude de la mobilité active et passive. Pas de douleur au niveau de l'articulation acromio claviculaire, gléno humérale, Mobilité normale active et passive Signe de nEER, hawkins et joob normal sans particularité

Examen du genou : pas de douleur au niveau de l'articulation fémoro tibiale, tendon ligamentaires. Examen de rachis : Mobilité passive et active normale Rotation normale, indice de shober sans anomalie, indice doigt sol normal, indice menton cou normale Le reste de l'examen est sans particularités

EXAMEN Uro néphrologique Urines non analysées Palpation des fosses lombaires : pas de douleur, pas de masse rénale, pas de contact lombaire Pas de douleurs tout au long du trajet des points urétraux Pas de globe vésical à la palpation de l'hypogastre Examen thyroïdien : Inspection : pas de masse observée, pas de signes d'inflammation cutanée Palpation : glande thyroïde bien palpée en dessous du cartilage cricoïde mobile à la déglutition .

EXAMEN DES AIREs GANGLIONNAIRES : - Axillaire : présence d'adénopathies axillaires droite Cervicale : L'examen de l'aire sous-mentonnière, sous-maxillaire, parotidienne, pré- tragiennne, mastoïdienne, occipitale, cervicale antérieure, sus claviculaire et cervicale postérieure sans particularité - Epitrochléenne : examen sans particularité. - Inguino-crurale : examen sans particularité

EXAMEN mammaire Inspection : pas d'anomalie cutanée, peau normale, pas de zone inflammatoire, pas de lésion ulcérée, pas de peau d'orange, pas de dépression de peau lors de la mobilisation Dissymétrie de taille entre les deux seins, légère voussure au niveau du sein droit, pas d'anomalie de l'aréole, pas de rétraction, pas d'aspect excématisé caractérisant la maladie de Paget Palpation : détection de masse indolore, dure, mal limitée, fixe par rapport au plan profond et superficiel, adhérent à la peau avec adénopathie axillaire .

Examen neurologique : Motricité : Tonus musculaire normal Résistance musculaire à l'étirement passif normal Force musculaire normale Globale : signe de Barré négatifs Signe de Mingazzini négatif Segmentaire : force musculaire 5/5 Reflexes : Reflexes ostéo tendineux normaux Cutanéo palmaires normaux Les autres normaux Sensibilité : cutanée normale, tactile est normale, douleur bien ressentie Sensibilité thermique bien perçue, mobilisation des oreilles est normale, pallesthésie normale, épreuve de Romberg négative Examen des nerfs crâniens : Fonctions des nerfs sans particularités Fonctions supérieures : bonne connaissance de soi et de l'environnement Patient vigilant sans troubles Score 7 de Glasgow LE RESTE DE L'EXAMEN SOMATIQUE RESTE SANS PARTICULARITÉ

1ÈRE CONCLUSION CLINIQUE : Il s'agit de la patiente Rkia hajjaji, mariée et mère de deux enfants, ayant comme ATCD une cholecystomie en 2006, et suivant un traitement pour son diabète de type 2, qui consulte pour une masse détectée par une autopalpation au niveau du sein droit et chez qui l'examen clinique a trouvé une masse indolore mal limitée et fixe par rapport au plan superficiel et profond sans signes associés, le tout évoluant vers un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement non chiffré. DIAGNOSTICS À ÉVOQUER : Cancer mammaire Adénome du sein Masse bénigne Kyste du sein Examens complémentaires : mammographie Tdm mammaire

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : chams dine amine		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Il s'agit de Amine Chams Eddine, âgé de 18 ans, lycéen en terminale, célibataire, originaire de Zagoura et résidant à Casablanca et assuré par la CNSS.

MOTIF Motif de consultation pour la première fois : Douleur chronique de l'aile iliaque droite Motif d'hospitalisation : Bilan évaluatif ( étude de la réponse après 3 cures de chimiothérapie)

ANTÉCÉDENTS Antécédents personnels : Médicaux : Pas d'asthme Pas de dysthyroïdie Pas d'anémie Pas de diabète Pas de MICI Pas d'hépatite Pas de tuberculose Pas de cardiopathie Pas de Pneumopathie Pas néphropathies Pas de trouble urinaire Pas d'antécédents néoplasiques Pas de maladies chroniques Traumatiques : Pas de traumatismes à l'enfance ou récents Chirurgicaux : Pas de chirurgie Toxique Pas d'éthylisme Pas de Tabagisme Pas de prise de drogues Allergiques: Pas d'allergie alimentaire, médicamenteuse ou de rhinite allergique connues Antécédents familiaux : Diabète de type 2 chez la grande mère Pas d'antécédents de cancer dans la famille

INTERROGATOIRE Histoire de la maladie : La symptomatologie remonte à 11 mois par l'installation des douleurs de l'hémi bassin non typées, intense, irradiante vers la région lombaire gauches, sans facteurs favorisant ou calmant, progressive, provoquant une anesthésie, une akinésie et une lourdeur du membre inférieure gauche sans fièvre ni asthénie, ni anorexie, ni amaigrissement ni pâleur, ni palpitation, ni dyspnée, ni tachycardie. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état générale et d'apyrexie. HYPOTHÈSE EXAMEN

Examen générale du jour : Sujet légèrement asthénique Patient orienté dans le temps et l'espace OMS à 0 (patient complètement autonome) Légère pâleur cutané-muqueuse, Un faciès peu pâle Normocarde : 95 Bpm Tension artérielle : 14/7 cmHg (hypertension systolique isolé) Température : 35°C apyrétique SpO2 : 99% ( sujet sature bien à l'air ambiant) Taille: 1.83m Poids: IMC:

Examen locomoteur: Inspection : Marche : normal Tuméfaction dans la zone hypogastrique au niveau de la projection de l'épine iliaque antéro supérieure - Masse à grand axe vertical de 4cm et de petit axe horizontal de 3cm, dure, sans signe d'inflammation de la peau en regard et sans infiltration. Pas d' attitude antalgique du membre inférieure gauche ou du tronc Pas de déformation dans le plan frontal ou sagittal Palpation : Palpation des processus articulaires non douloureuse

Examen fonctionnel: Manoeuvre de Faber sans anomalies Distance malléolaire en abduction maximale normale Antéflexion non fait Pas d'impotence fonctionnelle Flexion du bassin non réalisée Appui monopodal non fait Examen de Léri et de Lasèque non fait Indice de Shöber non réalisé Mouvement du rachis cervical normal Ampilation thoracique normale Examen neurologique: GCS à 15/15 (ouverture des yeux spontanée (4/4), réponse verbale orienté (5/5), réponse musculaire (6/6)) Patient orienté dans le temps et l'espace Examen de la marche : Marche normale Examen de la force musculaire : Globale: sujet tient le barré et le Mangazzini Segmentaire : Membres supérieurs 5/5 Membre inférieur droit 5/5 Membre inférieur gauche 3/5 ( mouvement contre pesanteur possible)

Examen de la station debout : Pas d'anomalie de longueur des membres inférieure Pas de déviation dans le plan sagittal ou frontal Signe de Romberg négatif Examen de la coordination motrice : Manoeuvre doigt nez et talon genou sans anomalies Sensibilité profonde : Patient sent la froideur et la chaleur Patient positionne son hallux dans l'espace Patient sent le contact léger Examen des reflexes: ROT : présents non exagérés RCM : Reflexe cutané plantaire et cutané abdominal sans anomalies.

Examen des paires crâniens : I: pas de troubles de l'odorat II: pas de troubles de la vision de loin ou de près. Champs visuel normal III: pupils réactives et symétriques, Pas de ptosis, Pas de déviation du globe oculaire dans le plan vertical, ni en dehors IV : Pas de déviation en dehors et en haut V : sensibilité de la face normal (frontal, oculaire, mandibulaire). Mastication sans anomalies, Pas de trouble de salivation VI: Pas de déviation du globe oculaire en dedans VII: sensibilité de

la face normale, la mimique normale, VII bis : Présence de la sensibilité du conduit auditif externe ainsi que celle du 2/3 externe de la langue VIII : Pas de trouble de l'audition ou de l'équilibre, Pas de nystagmus, Romberg vestibulaire négatif IX : Pas de trouble de la voix, Reflexe nauséux et sensibilité du 1/3 post de la langue présents , Déglutition sans anomalies, signe de rideaux négatif X : Pas de trouble de rythme cardiaque ou respiratoire, une légère hypertension systolique isolée, Reflexe nauséux présent XI : Pas d'anomalie de flexion, d'extension ou de rotation de la tête XII : Langue sans anomalies, propulsion de la langue sans anomalies ou rides.

Examen cardiovasculaire: inspection: Thorax non déformé Pas de circulation collatérale Pas de turgescence de la veine jugulaire Pas de lésion thoracique Pas de voussure Peau normal Pas d'oedème des membres inférieurs Palpation: Pas de frémissement Signe de Harzer négatif Choc de pointe non dévié Pas de reflux hépato jugulaire Pouls présent au niveau temporal, jugulaire, axillaire, huméral, Radial, cubital, fémoral, poplité, tibial postérieur, pédieux. Pas de douleur induite Pas de masse palpée Auscultation Pas de bruits surajoutés Pas de souffles Rythme accéléré

Examen pleuro pulmonaire: inspection : Thorax respire normalement Thorax symétrique Pas de déformation du thorax respiration thoraco abdominal normal Pas de signe de Lutte respiratoire temps de recoloration normal Palpation Vibrations vocales bien transmises Pas de masse ou nodule Pas de douleur induite Percussion: Sonorité normale Auscultation Pas de râles Murmures vésicales bien entendues

Examen abdominal: inspection: Abdomen respire normalement Abdomen symétrique Pas de voussure Palpation : Pas de contracture abdominal Signe de flot/ glaçon négative Pas de douleur induite Pas d'organomégalie Contact lombaire négatif Percussion Pas de matité déclive Auscultation: Bruits hydro aériques présents et normaux Pas de souffle Péristaltisme normal Patient sent un contact thermoalgique Patient sent la froideur et la chaleur arthrokinétique Patient positionne les segments dans l'espace Vibratoire

Conclusion : Il s'agit de CHAMS EDDINE Amine âgé de 18 ans, ayant consulté pour des douleurs de l'épine iliaque antéro supérieure, sans facteurs de risque familiaux, chez qui l'examen clinique objective une légère asthénie, une légère pâleur cutanéomuqueuse, une hypertension systolique isolée, une tuméfaction au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure (4cmX3cm) à grand axe vertical et une force musculaire de 3/5 du membre inférieur gauche . Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état générale et d'apyrexie

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : younir ahmed		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Identité : Il s'agit de monsieur Younir Ahmed âgée de 85 ans retraité et qui travaillait comme officier de police, marié avec 6 enfants originaire de Nador et habitant ben Slimane, assurance CNSS

Motif de consultation : Dyspnée Antécédents :

Personnel : Facteur de risque Cardiovasculaires : Age 85 ans, notion de sédentarité, et de stress Médicaux : Notion d hypercholesterolemie ☐ Pas de notion de dyslipémie ☐ Pas de notion de contag tuberculeux ou de tuberculose pulmonaire ☐ Hypertendu ☐ Vaccination a jour ☐ Pas de Diabète connu ☐ Cardiopathies ischémiques induisant à un Triple pontage aorto-coronarien en 2004 ☐ fibrillation auriculaire lente symptomatique en 2017 induisant à un Pace maker a triple chambre ☐ Antécédant d AVC ischémique sans déficit séquellaire sensitivo moteur ☐ Insuffisance rénale chronique stable sur rein polykystique

• Chirurgicaux : ☐ Pas de notion de chirurgie • Habitude toxique : ☐ Pas de notion de tabagisme ☐ Pas de consommation d'alcool ☐ Pas de consommation de drogue

• Médicamenteux : ☐ Colchicine ( vas ☐ Acupan ( antalgique central)

• Allergiques : ☐ Pas d'allergie connues o Familiaux : ☐ Pas de diabète ou de HTA dans la famille connue ☐ Pas d'hérédité coronaire Histoire de la maladie : ☐ Le début de la symptomatologie remonte à la dernière hospitalisation du patient par l'apparition progressive d'une dyspnée de stade 2 selon le classification N.Y.H.A celle-ci est devenue rapidement progressive et de stade 4 avec orthopnée il y a 4 jours , associée à une dyspnée paroxystique nocturne , le patient est obligé d'utiliser 2 oreiller pour s'allonger. La dyspnée est accompagnée par la présence de palpitations ainsi qu' a une toux productive et purulente diurne , sans notion de douleur thoracique ou de perte de connaissance, la symptomatologie de la maladie s'est aggravée il y a 24 heures ce qui a poussé le patient à être admis en urgence. L'ensemble de la symptomatologie évolue dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général sans asthénie, anorexie ou amaigrissement. Examen général : ☐ Le patient est bien conscient est orienté dans l'espace et le temps ☐ Conjonctive : normo-coloré ☐ Fréquence cardiaque : 62 bpm ☐ Température : 37,5°c normo thermie ☐ Tension artérielle : 100/55 mmHg ☐ Poids : non déterminé ☐ Taille : non déterminée ☐ IMC : non déterminé ☐ SPO2 : 97% Suite de l'examen :

• Examen cardio vasculaire : ☐ Inspection : ☐ Absence d'anomalie cardiaque ☐ Absence de cyanose ☐ Présence d'un gérontoxon bilatéral ☐ Présence d'un œdème des membres inférieurs prenant le godet et unilatéral, indolore, blanc. ☐ Palpation : ☐ Les différents pouls sont bien perçus ☐ Le choc de pointe est présent ☐ Le signe de Harzer est négatif ☐ Le reflux hépato-jugulaire est négatif ☐ Le signe de Homans est négatif ☐ Absence de Thill ou de frémissement ☐ Auscultation : ☐ Les différents bruit du cœur B1 et B2 sont bien perçus libres sans anomalies au différents foyer cardiaque

• Examen pleuropulmonaire : ☐ Inspection : ☐ Thorax : normal ☐ Palpations ☐ Les vibrations bien transmises ☐ Auscultation : ☐ Les murmures vésiculaires qui est bien perçus ☐ Présence de râles crépitant au niveau basal bilatéral ☐ La percussion : ☐ normal

Examen neurologique : ☐ Etat de conscience Glasgow 15 /15 ☐ Marche : non effectué ☐ Station debout : le patient tient debout ☐ Motricité (segmentaire et globale) : Segmentaire normal Globale : le patient tient le barré et le minganzini ☐ Le tonus musculaire normal ☐ Les réflexes ostéotendineux : ☐ Mb supérieur : o Bicipitale normale o Tricipitale normale o Stylo radiale normale o Cuiro pronateur normale ☐ Mb inférieur : o Reflexe rotulien normale o Reflexe chilien normale ☐ Les réflexes cutané muqueux : o Le réflexe cutané plantaire (RCP) normale o Les réflexes cutanés abdominaux (RCA) normale o Les réflexes CRE mastérien non réalisé o Le réflexe anal non réalisé ☐ Coordination Manœuvre doigt nez : normal Manœuvre des marionnette : normal ☐ La sensibilité : Superficielle : normal Profonde : Sensibilités arthrocinétique : présent Sensibilité vibratoire : présente est normal La sensibilité élaborée : Graph esthésie : présent et normal

Stérogénosie : normal Discrimination tactile : présente Distance : à peu près 1 cm □ Paires crâniennes : I. Présents et sans anomalie II. Présents et sans anomalie III. Présents et sans anomalie IV. Présents et sans anomalie V. Présents et sans anomalie VI. Présents et sans anomalie VII. Présents et sans anomalie BIS : normal sans anomalie VIII. Présents et sans anomalie IX. Présents et sans anomalie X. Présents et sans anomalie XI. Présents et sans anomalie XII. Présents et sans anomalie

Examen abdominal : Inspection □ Absence de voussure □ Respiration abdominal synchrone a la respiration thoracique. □ Absence de cicatrice abdominal Palpation : □ Absence de douleur à la palpation □ Absence de splénomégalie □ Absence d'hépatomégalie □ Absence de masse ou d'anormalité lors de la palpation □ Absence de contact lombaire La Percussion : □ La sonorité est bien perçue les cadrons spécifiques □ Absence de matité □ Fleche hépatique : flèche hépatique normal a peu près 10 cm Auscultation : □ Les bruits hydro aériques sont bien : (cadrons) Touche rectale : non réalisé

Examen ganglionnaire : □ Inspection : o Pas de tuméfaction o Pas de rougeur o Pas de fistule Palpation : cervicale o pré-tragienne normal sans anomalie o rétro-auriculaires normal sans anomalie o sous maxillaire normal sans anomalie o le long d'a chaîne jugulé-carotidienne normal sans anomalie o le long de la chaîne spinale normal sans anomalie o Creux sus-claviculaire droit et gauche normal sans anomalie o Axillaire : normal sans anomalie o Epi trochléenne normal sans anomalie o Inguinale : normal sans anomalies ECG : • Le trace n'est pas parasité, étalonnages en vitesse (25mm/s) et en amplitude (1cm=1mV) correct. Pas arguments pour une mauvaise position des électrodes • Rythme électro entraîné à 76 bpm • Axe du cœur est normal Conclusion clinique : il s'agit de monsieur Younir Ahmed âgé de 85 ans qui a comme facteur de risque une hypercholestérolémie et l'Age (85 ans) qui est suivi pour une cardiopathie ischémique depuis 2004 induisant à un pontage aorto-coronarien et pour fibrillation auriculaire induisant à la mise en place d'un pace maker en 2017 compliqué d'un AVC ischémique sans déficit sensitivo-moteur, ainsi qu'une insuffisance rénale chronique et qui se présente au service pour une dyspnée d'apparition progressive évoluant dans un contexte d'apexie .

L'examen clinique de celui-ci a révélé au niveau cardiovasculaire la présence d'un gérontoxon bilatéral, la présence d'un œdème au niveau du membre inférieur mou déclive et qui prend le godet, pour l'examen pleuropulmonaire celui-ci a montré la présence de râles crépitants bilatéraux se situant au base pulmonaire. Le reste des examens cliniques est sans particularités. ECG de ce patient a révélé un tracé non parasité avec un axe normal et un rythme électro entraîné. hypothèse diagnostique : • Insuffisance cardiaque globale • infection pulmonaire • Œdème aigu du poumon Les examens à demander : • Rx du thorax • Bilan inflammatoire • BNP • créatinine • Echo graphie abdominale Interprétation des examens : Radiologie : • Rx du thorax : montre un élargissement de la silhouette cardiaque (cardiomégalie), avec présence d'épanchement pleural gauche de moyenne abondance • Echographie abdominale : présence d'un foie cardiaque Biologie : • Vs et crp augmentée • Bnp augmentée • Créatinémie augmentée Diagnostic final : Selon les résultats des examens effectués on conclut qu'il s'agit d'une surinfection pulmonaire chez un patient présentant une insuffisance cardiaque globale qui a induit une pleurésie, associée à une insuffisance rénale. Conduite à tenir :

• Hospitalisation • Mise en condition • Traitement : o mesure hygiène diététique (régime désodé) o Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 o Béta bloquant o Antithrombotiques et anti agrégants • Surveillance : o Consultations fréquentes auprès du médecin traitant et du cardiologue. o Éducation de l'autosurveillance. (réduire surcharge pondérale) o Électrocardiogramme et échocardiographie périodiques. o Fonction rénale et ionogramme périodiques.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic





INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT :		Etudiant : chelqi mohammed	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : el mrabet fedwa		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Clinique		
TYPE :	OBSERVATION PATIENT		

## Présentation

Il s'agit de madame El Mrabet Fadoulaâgée de 60 ans, mariée et mère de 4 enfants dont 2 filles et 2 garçons, originaire de Chaounet résidente à khemisset. Elle est femme au foyer et assurée par l'OCP.

Motif de consultation : La patiente consulte pour métrorragies. Antécédents : · Personnels : ☐ Gynéco obstétricaux : - Ménarche à 12 ans -Cycle normal et régulier -G4P4 à voie basse -Première grossesse à l'âge de 15 ans -Allaitement -Prise de contraceptifs à type oraux pendant 12 ans -Pose de stérilet -Ménopause il y'a 8 ans -Pas de prise de traitement hormonal ☐ Médicaux : -Sciatique sous traitement -Pas de diabète -Pas d'HTA -Pas d'hépatite -Pas de contage tuberculeux -Pas d'asthme -Pas d'atteinte osseuse -Pas de cardiopathie -Pas de pneumopathie -Pas d'atteinte neurologique ☐ Chirurgicaux : -Un by-pass gastrique en 2018 (réduire le volume de l'estomac pour traiter l'obésité) ☐ Habitudes toxiques : -Pas de notion d'éthylisme -Pas de tabagisme -Pas de prise de drogues -Pas de prise de plantes médicinales ☐ Pas d'allergies ☐ Statut vaccinal à jour · Familiaux : ☐ Père et sœur diabétique ☐ Pas d'antécédents néoplasiques ☐ Pas d'hépatite ☐ Pas d'HTA ☐ Pas de cardiopathies Histoire de la maladie : La symptomatologie remonte à 10 mois avec l'apparition de métrorragies minimales accompagnées d'une douleur pulsatile modérée au niveau de la fausse iliaque gauche sans facteurs déclenchant ni de facteurs calmants, le tout évoluant dans un contexte de pyrexie et de conservation de l'état général. -Examen clinique :

· Examen général : -Patiente consciente et bien orientée dans le temps et dans l'espace -Conjonctives normo colorées -Pas d'ictère -Pas d'œdèmes -Pas de lésions cutanées -Pas de cyanose -Taille : -Poids : -FC : patiente normocarde -FR : patiente eupneique 20 -Température : normale 36,7c -SPO2 : normale -TA : patiente normotendue avec 120/80 mmhg

· Examen gynécologique · Le toucher vaginal démontre une tumeur d'1cm à envahissement gauche. · à l'inspection, les lèvres, le clitoris et le revêtement cutanéomuqueux ne présentent pas d'anomalies. · la distance ano-rectale est normale. · le toucher rectal est sans anomalies.

EXAMEN DU SEIN : Inspection : · Il n'existe pas d'écoulement mamelonnaire · Il n'existe pas d'ulcération, d'abcédation ou de signes inflammatoires · Il n'existe pas d'aspect peau d'orange La palpation : est sans anomalie aux différents quadrants (supéro-externe, inféro-externe, supéro-interne et inféro-interne). Les Aires ganglionnaires axillaire et sous-claviculaire ne présentent pas d'ADP et pas d'anomalie. · ·

· Examen abdominal : ☐ Inspection : -Présence de cicatrices - La respiration abdominale est normale - Il n'existe pas de déformation de l'abdomen - Il n'existe pas de circulation veineuse collatérale - Il n'existe pas de voussures - Il n'existe pas de vergetures - L'ombilic est bien plissé - Les téguments sont d'aspect normal ☐ Palpation : ☐ - L'abdomen est souple - Il n'existe pas de défense ou de contracture - Il n'existe pas d'organomégalie - Il n'existe pas de contact lombaire - Il n'existe pas de masse palpable - Il n'existe pas d'hernie ☐ Percussion : - Il n'existe pas de matité - Le tympanisme est normal ☐ Auscultation : - Le transit est audible - Il n'existe pas de souffle abdominal · Examen cardiaque ☐ Inspection : - Le thorax est symétrique - Il n'existe pas de déformation du thorax - Il n'existe pas de circulation veineuse collatérale - Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs - Il n'existe pas de turgescence de la veine jugulaire - Il n'existe pas de cyanose des téguments - Il n'existe pas de cicatrice ni de lésion cutanée ☐ Palpation : - Le choc de pointe est bien perçu au cinquième espace intercostal gauche. - Le signe de Harzer est négatif - Il n'existe pas de thrill sus sternal - Il n'existe pas de reflux hépato jugulaire ☐ Auscultation : - Les bruits du cœur, B1 et B2, sont bien perçus aux 4 foyers. - La systole et la diastole sont libres à chaque foyer : pulmonaire, aortique, tricuspide et mitral - Il n'existe pas de sons surajoutés -Il n'existe pas d'insuffisance cardiaque ni droite (il n'y a pas de turgescence de la veine jugulaire, pas d'œdème des membres inférieurs et pas de reflux hépato jugulaire), ni gauche (il n'y a pas de signes pulmonaires)

· Examen pleuro-pulmonaire : ☐ Inspection : - Il n'existe pas de cyanose des téguments - Il n'existe pas de déformation du thorax - Il n'existe pas d'hippocratisme digital - Il n'existe pas de cicatrices - Le rythme respiratoire est normal et régulier - Les respirations thoracique et abdominale sont synchronisées - Il n'existe pas d'œdème cervical - Il n'existe pas de signe de

lutte respiratoire -Il n'existe pas de battement de ailes du nez -Il n'existe pas d'entonnoir xiphoïdien -Il n'existe pas de tirage sus sternal ou intercostal □ Palpation : - Il n'existe pas de points douloureux - Il y a une bonne transmission des vibrations vocales □ Percussion : - Il n'y a pas de matité - Il n'y a pas de tympanisme ou d'hyper sonorité □ Auscultation : - □ Le bruit laryngo-trachéal est normal. □ - Les murmures vésiculaires sont bien perçus.

· Examen neurologique : -La patiente est consciente et bien orientée dans le temps et l'espace. -Examen de la station debout : Le signe de Romberg est négatif -Étude de la marche la patiente: marche normalement Examen du tonus : le tonus est normal, il n'existe ni hypotonie ni hypertonie. Examen de la motricité : · Globale : le/la patient(e) tient le barré et le Mingazzini => la motricité est conservée aux niveaux des membres supérieurs et inférieurs · Segmentaire : la motricité est conservée aux niveaux des différents segments Les réflexes : · Les réflexes ostéo-tendineux (bicipital, tricipital, stylo radial, cubito-pronateur, rotulien et achilléen) sont présents de façon bilatérale est symétrique · Les réflexes cutané-abdominaux (supérieur, moyen et inférieur) sont présents de façon bilatérale est symétrique · Le réflexe cutané-plantaire est indifférent La sensibilité : · Superficielle : il n'existe pas de trouble sensitif tactile et thermo algique · Profonde : il n'existe pas de trouble sensitif arthro-kinétique et vibratoire La coordination : Il n'existe pas de trouble de la coordination · L'épreuve des marionnettes se fait en miroir · Le mouvement doigt nez est réalisé sans tremblement d'attitude et/ou d'action, avec une amplitude normale (il n'existe pas de dysmétrie) et les deux index sont portés simultanément (il n'existe pas de dyschronométrie)

-Examen des paires crâniennes : I. Olfactif : la patiente reconnaît les odeurs présentées II. Optique : · Vision floue parfois. · Les champs visuels temporaux ne sont pas réduits. III. Oculomoteur commun : · Il n'existe pas de ptosis · Il n'existe pas de troubles de la mydriase · Il n'existe pas de strabisme divergent IV. Trochléaire (Pathétique) : -Il n'existe pas de diplopie verticale => La poursuite oculaire est sans anomalie V. Trijumeau : · Il n'existe pas de trouble de la sensibilité au niveau du front, des joues et/ou de la mâchoire => il n'y a pas d'atteinte des branches V1, V2 et/ou V3 · Il n'existe pas de troubles sensitifs aux niveaux des 2/3 antérieurs de la langue · La motricité des muscles masséters et temporaux est conservée. VI. Abducens - Oculomoteur externe : il n'existe pas de strabisme convergent VII. Faciale : · La patiente ne présente pas de trouble de la mimique · Il n'existe pas de troubles gustatifs au niveau des 2/3 antérieurs de la langue · Les sécrétions salivaires et lacrymales sont normales · La sensibilité de la zone de Ramsey Hunt est normale · Les muscles peauciers du cou (ou platysma) ne sont pas étirés · Il n'existe pas d'hyperacousie VIII. Cochléo-vestibulaire : · Cochléaire : · Il y a une bonne perception des petits sons et de la voix chuchotée · Il y a une bonne perception des vibrations : les transmissions aérienne et osseuse sont conservées.

· Vestibulaire : · Il n'existe pas de latéro-pulsions à la station debout · La romberg est négatif et non latéralisé · Il n'existe pas de nystagmus IX. Glosso-pharyngien : · Le palais mou est symétrique · Le signe du rideau est négatif · Le réflexe nauséux est présent X. Vague : Il n'existe pas de dysphonie XI. Spinal : · Il n'existe pas d'élévation de l'épaule · La rotation de la tête est normale · La flexion de la tête est normale XII. Grand hypoglosse : · La langue est régulière · La motricité de la langue est conservée · Il n'existe pas de déviation de la langue Examen de la nuque : la nuque est souple Étude des fonctions supérieures : · Il n'existe pas de trouble de la mémoire ni sur le court ni sur le long terme · Il n'existe pas de trouble du langage · Il n'existe pas d'apraxie ni idéo-motrice ni idéatoire · Il n'existe pas d'agnosie visuelle, auditive, tactile ou spatiale.

Conclusion : Madame EL MRABET FADOULA, âgée de 60ans, ayant comme antécédents une Prise de contraceptifs de type oraux pendant 12 ans, pose de stérilet et by-pass gastrique consulte pour des métrorragies accompagnées de douleurs pulsatiles modérées au niveau de la fosse iliaque gauche et de fièvre. Le toucher vaginal a démontré une tumeur d'1cm à envahissement gauche. Le reste de l'examen clinique est sans particularités. Hypothèses : -cancer du col de l'utérus - cancer de l'endomètre - métrorragie post ménopausique - fibrome utérin · Examens complémentaires : · échographie pelvienne et endo-vaginal, · hystérosalpingographie · hystéroscopie · prélèvements (biopsie, frottis). · TDM pelvienne · IRM

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Suivi