



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 8 Cycle 2

CSM

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation : MÉDECINE A

Date debut de stage: 18-10-2021

Date fin de stage: 21-11-2021

Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cas clinique HTA		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : cas clinique HTA		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Simu: cas clinique

Patiente de 53 ans, hypertendue depuis 5 ans sous Amlor 10 mg, se présente aux urgences pour des céphalées atroces, épistaxis, vertige, et douleur thoracique atypique. La mesure de la TA donne: 224/156 mmHg.

1/ Quel sera votre CAT?

Monitoring : TA, FC, FR, T

, trac ECG, SpO2

Rx Thorax + ECG

Mise en condition:

- Position demi assise

- 2 VVP

- Antalgique : Paractamol 1g IVL

Baisser la TA : médicament injectable chaque 10-15 min jusqu'à avoir

140/90 mmHg. (IC 7)

Mèche nasale pour l'épistaxis

Ionogramme complet + NFS

Fond d'œil

TDM crânien C-

2/ le diagnostic le plus probable:

- AVC
- Hémorragie méningée
- HTIC
- Dissection aortique

HTA:

- Motif fréquent aux urgences
- Peuvent engager le pronostic vital
- Définition non claire / caractère conflictuel

Diagnostique par excès + thérapeutiques agressives risques

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cas clinique HTA 2		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : cas clinique HTA 2		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Cas clinique HTA

Vous recevez en consultation Mr D.A 65 ans pour PEC d'une HTA de découverte récente TA : 167/96 mmHg. A l'interrogatoire vous constatez qu'il est tabagique 50PA, en surpoids IMC 34.25 sans autres ATCD

QUESTION N1

rappelez la définition d'HTA:

PAS > OU = 140mmHg

Et/OU

PAD>OU= 90 mmHg

QUESTION N 2:

Quelles sont les conditions de mesure de la pression artérielle ?

Après quinze minutes de repos.

Patient en position demi-assise.

Bras le long du corps.

Le bras doit être maintenu à hauteur du cœur : si le bras est trop bas, la pression sera surestimée.

Taille de la manchette adaptée à la taille du bras : si la manchette est trop

petite, la pression sera surestime.

QUESTION N 3

Quel est le bilan

paracliniquedemander en 1er intention ?

etiologique:

cht hb

K

creat

FDR:

GAJ

BI

retentissement

FCG

BU si + PU24h

+/-echoCoeur

+/- EchoTSA

+/-FO obligatoire

QUESTION N 4

vous dcidez de surseoir pour l'instant au ttt

mdicamenteux que pouvez-vous conseiller au patient?

Rgles hygino-dittiques et ducation.

Alimentation avec :

un rgime hypo sal (viter la charcuterie les fruits de mer

un rgime pauvre en calcium

Augmenter la consommation de fruits et lgumes

Diminution de graisses satures

Cotrection des FDR:

Réduction pondérale

Équilibration d'un éventuel diabète

Traitement d'une dyslipidémie

activité physique régulière

Sensibiliser le patient au risque d'HTA et de ses complications et l'inciter à avoir un suivi

régulier et de reconnaître les signes d'alarme qui doivent le conduire à consulter aux urgences

QUESTION N 5: Votre bilan confirme une HTA secondaire

une néphropathie chronique. Quelles sont les 2 classes

d'antihypertenseurs privilégiés chez ce patient?

ARA2

IEC

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cas clinique pneumothorax		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cas clinique pneumothorax		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Cas clinique i

Un jeune homme de 22 ans consulte aux urgences pour douleur thoracique droite et dyspnée. Il ne présente aucun antécédent notable. Il déclare fumer environ un paquet par jour depuis l'âge de 16 ans ainsi qu'environ un joint par jour le soir avant de se coucher.

1. Quelles sont les causes de douleurs thoraciques évoquer chez le sujet jeune ?

Pneumothorax

Pleurésie

2.

Quels éléments de l'examen clinique vous orienteraient vers un pneumothorax ?

L'examen pleuro-pulmonaire:

Abolition des murmures vésiculaires

Diminution des vibrations vocales

Tympanisme

3.

La suspicion de pneumothorax est forte. Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Radio thorax

4. Au moment où vous récupérez la radiographie thoracique, soit une heure et demi plus

tard, (il y a du monde aux urgences), une infirmière vous demande de venir en urgence car votre patient fait un malaise : la saturation est 76% en AA, la FC est 140 batt/min, la FR 45/min, la tension imprévisible. Vous constatez en arrivant une turgescence jugulaire spontanée.

Interprétez la radiographie thoracique. Quel est votre diagnostic, justifiez ? Quelle erreur a-t-elle faite ?

Diagnostic : Épanchement aérique pleural

Hyperclarté champ pulmonaire droit

Radiographie est faite en expiration

Insuffisance cardiaque droite; qui est aussi un signe de gravité

5.

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Exsufflation

6. Les choses vont favorablement, sans prise en charge chirurgicale, et votre patient sort de l'hôpital. Le jour de sortie, il a quelques questions auxquelles vous devez répondre:

Peut-il continuer à fumer des joints, paraît-il qu'ils sont moins toxiques que la cigarette ? Sera-t-il un jour autorisé à reprendre l'avion ?

7. Trois ans plus tard, vous retrouvez ce patient, alors qu'il récidive pour la troisième fois son pneumothorax droit. Quel traitement proposez-vous ?

Traitement chirurgical : pleurodèse

8. Votre patient vous demande si après cette prise en charge il sera autorisé à reprendre la plongée sous-marine. Quelle est votre réponse ?

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cas clinique HTA 3		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Cas clinique HTA 3		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Monsieur Abdessalam, g de 46 ans. mari, pre de 2 enfants, directeur financier, passionn de jeux videos, prsente les chiffres tensionnels suivants : 165-95 mmHg, dcouverts rcemment de faon fortuite lors d'un bilan systmatique en mdecine du travail. Puis lors d'un examen clinique ultrieur chez son mdecin traitant, la pression artrielle est mesureplusieurs reprises170-95 mmHg. Le pouls est rgulier80 battements / min et les pouls priphriques sont tous bien perus. Le reste de l'examen est sans particularit. Dans ces antcdents, on note une appendicectomie dans l'enfance, un asthme bien quilibr sous traitement et un diabte de type II. A Dans les facteurs de risque on trouve une (surcharge pondrale modre (84 kg pour 1,78 m), un tabagisme15 paquets / anne ainsi qu'une consommation rgulire d'alcool qui peut tre chiffre1 litre de vin par jour. Les antcdents familiaux se limitentune hypertension chez la mre et chez un frre. 1- Facteurs cardiovasculaires connu chez se patient : Sexe masculin - Tabac - Stress - Alcool - Diabte 2- Dans quel cas peut-on parler d'hypertension artrielle selon les critres de l'OMS : > 139 mmhg (systole) / 70 mmhg (diastole) 3- Les principales rgles de mesure de la pression artrielle : Position Assise ou couche aprs 5 mn de repos 2 mesures1 ou 2 minutes, 2 bras la TA retenue : la plus leve Brasplacau plan du cur Pas de consommation dalcool ou caf dans lheure prcdente ni cigarette dans les dernires 15 mn,distance dun effort, vessie vide! TA debout : recherche dhypo TA orthostatique (diabtique sujet g) 4- En dehors du traitement mdicamenteux, on peut proposer : Mesures hygino-ditetiques = Activit sportive rgulire - Arrter le tabac brutalement et l'alcool progressivement - Rgime pauvre en sel 5- Controle biologique : Bilan lipidique (Cholesterol total - LDL - HDL - Triglycrides) Bilan rnal Bilan hpatique

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : les fractures		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : les fractures		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Exercice 1; Patient de 03 ans se présente avec sa maman aux urgences suite une chute du bord du lit avec impact au niveau du pied gauche. Le patient présente une impotence fonctionnelle totale du membre, avec tuméfaction du genou sans ouverture cutanée. A. Rédigez un bon d'examen radiologique pour le patient. ATCD: RAS Renseignements: patient âgé de 3 ans, présente une impotence fonctionnelle totale du membre, avec tuméfaction du genou. B. Interprétez le cliché C. Quel est le mécanisme de la fracture ? Exercice 3 1- Air 2- tissus mous 3- fluide 4- Os 5- Metal Exercice 4 Les éléments nécessaires pour décrire une radio standard ? Site de la fracture -Os : quel os est touché ? - ct : quel ct est touché ? (jambe droite ou jambe gauche) -Région : quelle région de l'os est touchée : la portion épiphysaire, ou diaphysaire? -Hauteur du trait : notion de hauteur articulaire. On spare artificiellement la diaphyse en 3 zones : le 1/3 supérieur, le 1/3 central (ou moyen) et le 1/3 inférieur; en cas d'ambiguïté on peut aussi parler de jonction 1/3 supérieur- 1/3 moyen. -1 ou 2 os : la fracture concerne-t-elle 1 os (tibia) ou les 2 (tibia + fibula)? 1- claviculaire 2- fragment proximal 3- fragment distal 4- Exercice 5 Traits secondaires et nombre de fragments (Complexe) -En aile de papillon : on a 2 traits qui se croisent et détachent une aile de papillon -fracture bifocale : lorsqu'on observe 2 traits de fracture sur le même segment osseux. -fracture comminutive : c'est une fracture multi- fragments, qui réalise un éclatement de l'épiphyse 1-Valgus Varus 2-Flessum Recurvatum 3-Chevauchement 4-Raccourcissement 5-Translation Déplacement - A : Angulation -B: Baillonnette = translation - C: Chevauchement : composante de {translation + raccourcissement} -D: Décalage en rotation (dans un plan transversal). - + Fracture en greffe : elle peut être déplacée ou non

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : ASP Abdomen sans preparation	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : abdomen sans preparation	Formation : Médecine Générale

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Abdomen sans prparation:

Indications:

- Analyse des gaz digestifs (NHA)
- Analyse des gaz extra-digestifs (pneumopritoine)
- Recherche des calcifications (calculs biliaires, rnaux, calcifications pancratiques, etc.)
- Analyse des structures osseuses (fractures, arthrose, metastases,etc.)

Positions:

- Debout de face (+ clich centr sur coupoles) : NHA , pneumopritoine
- Couch de face : analyse des parties molles, recherche de calcifications
- Couch de profil/ couch dcubitus latral gauche (pneumopritoine)

Critres de qualit/russite :

- voir en haut les coupoles diaphragmatiques
- en bas la symphyse pubienne
- pntration suffisante pour voir la projection des diffrents organes abdominaux et pelviens (reins, foie, rate, psoas essentiellement)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

Cathtrisme Cathtrisme - Coronarographie - Angioplastie

Introduction Coronarographie

Examen invasif par cathtrisme qui permet de filmer l'opacification sélective d'une artère coronaire par un produit de contraste.

C'est l'examen de référence pour confirmer l'existence de lésions sténosantes des artères coronaires. Angioplastie coronaire

Technique consistant à dilater une sténose coronaire à l'aide d'un ballonnet pour largir la lumière coronaire avec la mise en place d'un stent corrigeant le rétrécissement.

Coronarographie Définition

Technique d'imagerie médicale en cardiologie.

Permet la visualisation des artères coronaires.

Examen invasif sous radioscopie + injection d'un produit de contraste iodé.

Pratiqué en salle de cathtrisme par un cardiologue interventionnel.

Historique

1941 : conception de la première sonde intra-artérielle par Dr Coumand.

1945 : 1^{re} coronarographie non sélective chez l'homme.

1953 : Seldinger, nouvelle technique percutanée d'introduction des cathéters vasculaires.

1959 : Sones, 1^{re} coronarographie sélective par exposition de l'artère humérale.

1962 : Rickets et Abrams, 1^{re} coronarographie sélective par voie fémorale percutanée.

1967 : Judkins et Amplatz laborent des cathéters spécifiques au cathtrisme coronaire.

1989 : Campeau utilise la voie radiale pour l'exploration des coronaires.

Indications

Maladie coronaire

Dans les syndromes coronariens chroniques

Classe I

Angor classe III/IV sous traitement médical anti-angoreux optimal.

Patients à haut risque aux explorations non invasives chez lesquels une revascularisation peut être prévue

Classe IIa Pour stratification du risque si tests diagnostic non invasifs non concluants, non concordants ou irrealisable.

En Urgence dans les syndromes coronariens aigus

Classe I

NSTEMI

STEMI demble (angioplastie primaire) ou aprs chec de la thrombolyse (angioplastie de sauvetage)

Arret cardiaque rcupr

Evaluation pr-opratoire

Chirurgie valvulaire si (I,C)

Angor ou suspicion de cardiopathie ischmique

Au moins 1 FDR cvx

Homme40 ans ou femme mnopause

Chez un poly-artriel

Coronarographie diagnostique

Devant une CMD ou une dysfonction VG Contre-indications temporaires

insuffisance rnale volutive ;

saignement gastro-intestinal volutif ;

trouble de l'hmostase, en particulier iatrogne (traitement par une antivitamine K) ;

sepsis intercurrent ;

HTA svre non contrle ;

trouble hydroelectrolytique svre, notamment une hypo- ou une hyperkalimie ;

anmie svre, surtout si de dcouverte rcente et non explique ;

hypotension artrielle systolique et/ou bradycardie svre iatrogne (antihypertenseur, btabloquant) favorisant le risque de malaise vagal ;

oedme pulmonaire rcent ;

affection neurologique responsable d'un tat d'agitation ou de tremblement de grande amplitude (syndrome parkinsonien) ;

refus par le patient de l'acte thrapeutique qui peut tre propos au dcours ;

mylome volutif avec risque d'insuffisance rnale aigu. Aspects techniques

Matriel et Salle de cathtrisme

Dans la salle de cathtrisme

Un systme radiologique mont sur un arceau rotatif autour dun patient et une table suspendueplateau flottant permettant dobtenir toutes les incidences sur le plan sagittal et longitudinal il comprend

Un gnrateur permettant dalimenter un tuberayons X avec de hautes tensions.

Un tuberayon X permettant la production de rayons x .

Un decteur associlamplificateur de brillance qui sertconvertir les images lumineuses en images lectroniques.

Des crans rptiteurs qui permettent de voir les images en temps rel et rpter les squences enregistres.

Un système de enregistrement et de stockage.

Une table de radiologie.

Un cran avec moniteur de pressions et lectrocardiogramme.

Un injecteur de produit de contraste.

Un appareil de mesure oxymétrique, un débitmètre

Équipement de réanimation

défibrillateur

équipement d'intubation

ventilation

système d'oxygène et d'aspiration

sonde d'entraînement et simulateur externe

et une pharmacie d'urgence

En dehors de la salle de cathétérisme

Une console de mesure et enregistrement des pressions.

Un moniteur de pression et ECG

Un cran répétiteur d'images

Préparation du malade

Patient consentant et informé des modalités et des risques encourus .

Bilans du malade (NFS , créatinine , fonction rénale , ETT)

En cas d'insuffisance rénale : arrêt des médicaments néphrotoxiques et hydratation du malade par Serum salé et/ ou bicarbonate 12 heures avant le geste .

Si diabète

Biguanides arrêter le jour de l'examen et repris 48 heures après contrôle de la fonction rénale (risque d'acidose lactique).

Si prise d'anticoagulants

Maintenus si voie radiale.

Réduits ou interrompus avec substitution par héparine (risque d'hématome)

Le malade jeûne depuis 4 heures++

VVP + perfusion de Serum glucosé .

Monitoring (TA , SpO2 , ECG)

Désinfection et mise en place de champs stériles,

Anesthésie locale par de la Lidocaïne 1 %

L'anesthésie générale n'est nécessaire que pour le petit enfant

Médicaments utilisés pendant la coronarographie

Héparine

une dose d'héparine (5000UI) est communément administrée soit par voie IV après mise en place de l'introducteur artériel, soit

mélange aux soluts utilisés pour la purge des sondes

Drogues nitro (1mg)

sténose pour limiter un spasme

Vasopamine injectable (2,55mg) en intra-artériel, Lors de l'approche par voie radiale permet de prévenir assez efficacement un spasme sur la sonde

Atropine en cas de malaise vagal, une dose de 0,51mg

Solutés de remplissage

en cas de malaise vagal avec bradycardie et hypotension

Tranquillisants / sédatifs

Voies d'abord

Ponction percutanée selon la technique de Seldinger

ponction aiguille ou au cathéter

mise en place d'un guide métallique souple dans la lumière du vaisseau sur lequel est placé un introducteur valve ou Dilat

Par voie artérielle rétrograde fémorale plus facile et rapide pour plus de complication hémorragique

radiale

moins de complications hémorragiques mais temps de scopie plus long et artère difficile à piquer du fait du spasme et des variantes anatomiques (thrombose peu ou asymptomatique dans 25% = test d'Allen obligatoire)

Choix des sondes

Les sondes de Judkins sont les plus couramment utilisées

Les sondes pour l'opacification de la coronaire gauche Judkins L décrivent 2 angulations 180 et 90°, Le numéro de sonde indique la longueur du 2ème segment en cm

La sonde destinée à la coronaire droite présente une seule angulation 90°

Les sondes d'Amplatz : AL et AR en forme de beccanard sont utiles pour les osties dont l'orientation ou le site est inhabituel

Réalisation et incidences radiologiques

Généralités

Généralement on commence par la coronaire gauche.

Rinçage et purge de la sonde avec du sérum hépariné.

Introduction avec guide et pousse sous scopie jusqu'à l'aorte ascendante puis jusqu'aux cusps.

Retrait avec rotation axiale pour un cathétrisme sélectif de la coronaire gauche.

Incidences

Gauches

Incidence face

Permet une vue générale du réseau gauche

Oblique Antérieure Droite (OAD) 30°

Étudie le TC, l'ensemble du réseau CX et des branches marginales.

L'IVA est visible aussi malgr des diagonales qui se superposent cette artre

Incidence en OAD 30 Caudale 20

Idale pour le rseau CX et ses branches marginales, notamment la bifurcation

Incidence en OAD 30 Craniale 30 Bonne tude du TC, du rseau IVA, depuis sa partie proximale jusqu' sa partie distale. Utilise pour dgager les bifurcations IVA/diagonales qui s'opacifient vers "le haut" de l'cran et les septales vers "le bas" Incidence de face craniale 30 Bonne tude du rseau IVA, surtout les bifurcations avec des diagonales qui vont vers "la droite" de l'cran et les septales vers "la gauche" Incidence de face caudale 20 Bonne tude du TC, de l'IVA proximale, du rseau CX et des branches marginales Incidence en Oblique antrieure gauche (OAG) 45 Craniale 25 Incidence appele "double gauche" Bonne tude de l'IVA, des branches septales situes vers la "gauche" et diagonales qui se projettent vers la "droite" Dans cette incidence, l'IVA plonge toujours dans le sillon interventriculaire, depuis le TC (midi) jusqu' l'apex (6h) Incidence en OAG 45 caudale 30 Incidence appele "spider" Idale pour le TC et la bifurcation IVA-CX, des parties proximales de l'IVA et de la CX Droites On remplace la sonde gauche par la sonde droite qui est avance sur guide jusqu'au cusps, une rotation horaire est obligatoire associes mouvements de traction ou de pulsion. puis on realise les incidences droites Incidence en OAG 30 Bonne tude des trois segments de la CD, ainsi que la bifurcation IVP-RVG. Incidence de face craniale 30 Bonne tude des trois segments de la CD, ainsi que la bifurcation IVP-RVG. Cette incidence dgage mieux le lit d'aval depuis la crux par rapport l'OAG Incidence en OAD 30 Etude du genou suprieur et du segment 2 qui se trouve bien tal Incidence de prdilection pour l'opacification contro-latrale du rseau coronaire gauche Au total Pour le rseau gauche Les incidences caudales tudient le rseau CX, ses branches marginales et les bifurcations CX-marginales Les incidences craniales tudient le rseau IVA, ses branches diagonales et les bifurcations IVA-diagonales, avec des diagonales qui se projettent vers le haut et les septales vers le bas. La "spider" est incontournable pour l'tude du TC, de sa division avec l'IVA et la CX. La "double gauche" est incontournable pour l'tude de l'IVA et les bifurcations IVA-diagonale . Le profil reste exceptionnel, pour des raisons notamment de radioprotection (incidence trs irradiante), avec une IVA qui se projette vers le haut et la CX vers le bas. Par contre, elle reste une bonne incidence pour visualiser l'anastomose d'un pontage sur le rseau IVA ne pouvant tre dgage par une autre incidence Pour le rseau droit 3 incidences suffisent en gnral, les deux obliques 30 et la face craniale. La "spider" peut tre une bonne incidence pour taler le segment 1 de la coronaire droite. Incidents et accidents Locaux Spasme veineux ou artriel. Hmatome/ thrombose au point de ponction. Rarement fistule artrio-veineuse, dissection artrielle, occlusion artre radiale. Pneumothorax, hmothorax ou hmopritoine. Dissection rtrograde de laorte. Cardiaque TDR (ES ; Tachycardie ou fibrillation ventriculaire) TDC Hmopricarde ; hmomdiastin Propreslangiographie IVG aigue = OAP Perforation cardiaque Chute TA lors injection VG Toux lors injection VD ou AP Propresla coronarographie Occlusion coronaire avec risque d'IDM par dissection, dcollement d'une plaque d'athrome, thrombus ou spasme. TDR ou TDC parfois grave (TV) lors de linjection de la CD par ischmie dans le territoire de l'artre du conus. Gnraux Dcs (arythmie grave, BAV) ; trs rare Reaction vagal : complication la plus frquente : remplissage et atropine. Reaction anaphylactique au produit de contraste. Septicmie surtout lors d'un cathtrisme droit Dissection coronaire AVC/ IDM : Embolie coronarienne ou crbrale cruorique, calcaire ou gazeuse ncessitant une oxygnotherapie hyperbare en urgences Analyse des lsions lmentaires Quantification d'une lsion d'athrosclrose stnosante Comparaison du diamtre (ou de la surface) de la zone stnose avec une zone suppose saine prise pour rfrence Deux mthodes sont utilises Visuelle : Subjective . Quantitative : dtecton automatique sur logiciel Une stnose est significative et serre si y a rduction de diamtre 50% pour le TC . 70% pour l'IVA, la Cx ou la CD Combinaison de lsions lmentaires Maladie monotronculaire : un vaisseau atteint IVA ou CX ou CD. Maladie bitronculaire : deux vaisseaux atteints. Latteinte tritronculaire : trois vaisseaux atteints Description morphologique des lsions Selon IAHA et IACC Type A : Faible risque et taux de succs lev : tous les critres sont ncessaires Longueur

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : L'analyse d'un TDM cerebral axial		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : l'analyse d'un TDM cerebrale axial		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation			
TYPE : JEU DE ROLE			

Présentation

L'analyse d'un TDM cérébral axial :

- Parties molles :

Rechercher un hématome

- Crâne :

Lésion voir embarrure

- Mninges :

Rechercher un hématome sous ou extra-dural

- Parenchyme :

Effacement des sillons

Différenciation entre la substance blanche et grise

Compression des ventricules

- Ventricules :

Hémorragie

Oedème

- Ligne médiane :

Déviation qui témoigne d'un effet de masse qui risque d'entraîner un engagement cérébral

La ligne peut ne pas être déviée si l'effet de masse est dans les deux côtés

- Lésions :

- Du coup (Côté du point d'impact)

- Contre coup (Contralatéral)

- Sans point d'impact

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : JEU DE ROLE		

Présentation

- Evaluer la gravité (Critères de Vittel)

Séquence A,B,C, D et E :

- Airway : Liberté des voies aériennes

(Extension du cou - Subluxation du mandibule - Canule oro-pharyngée - Intubation trachéale)

- Breathing : Fonction respiratoire

(FR : > 25 - < 10 - Signe de lutte - Cyanose - Auscultation pleuro-pulmonaire)

- Circulation : Fonction circulatoire

(FC : < 40 - > 100 BPM - PAs : < 90 - > 180 mmHg - Signes d'hypoperfusion périphérique : Marbrures - Froideur des membres - Temps de recoloration augmenter - Auscultation - Signe d'anémie aiguë : Pâleur)

- Disability : Fonction neurologique

(Score de Glasgow : ≤ 8 Coma / Agité / Confus - Engagement cérébral : Mydriase bilatérale anisocoréale - Convulsion - Lésion du rachis)

-> Mise en condition (Instabiliser)

- Exposition

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : CAT traumatisme crânien grave		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : CAT traumatisme crânien grave		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

4 Mots cls :

1-Définition du Traumatisme crânien grave

2-Oedème capillaire -> Hypertension intra-crânienne -> Ischémie crâniale ?

3-Agression crâniale

Primaire : Hémorragie SD ou ED

Secondaire : Origine intra-crânienne (Vasospasme) ou ACSOS les plus importants par hypotension ou hypoxie

4-Cascades :

Aggravante : Diminution de la PAM -> Diminution de la pression de perfusion crâniale -> Vasodilatation crâniale -> Augmentation du volume sanguin crâniale -> Augmentation de la PIC

Bénigne : Augmenter la PAM -> Augmentation de la pression de perfusion crâniale -> Vasoconstriction crâniale -> Diminution du volume sanguin crâniale -> Diminution de la PIC

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Traumatisme du crane 2e partie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Traumatisme du crane 2e partie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Evaluer les fonctions vitales

Mise en condition :

4V + A

- 4 Voies :

Voie respiratoire

1- Indication : Dyspnee (Polypnee) - Desaturation (Cyanose) - Dtresse vitale)

2- Types :

Lunettes - Marsque - Intubation

3- Dbit

Voie veineuse

1- Indication : R.A.A (Remplissage - Administration du traitement - Anticiper)

2- Types (Centrale - Peripherique - Intra-osseuse)

3- Nombre

Nous mettons deux voies dans deux situations :

- Collapsus (PA < 90 mmHg)
- Necessit de deux mdicaments quil ne faut pas mlanger !

Voie gastrique

1- Indication :

Hydratation, alimentation : en cas d'apports nutritifs insuffisants, de troubles de la dglutition et/ou de la mastication, d'intervention chirurgicale et /ou d'affection de la rgion maxillo-faciale et ORL.

Aspiration : en cas de recherche de pathologies du tube digestif, de diagnostic (bacille alcool-rsistant), de traitement des hmorragies digestives, ilus, sub-ilus, en post opratoire vacuation de l'estomac pour dcharger les voies digestives, absence de transit, pour des raisons de confort en cas de nauses, vomissements rpt.

2- Types : Monolumiere ou bilumiere

3- Voie : Nasale ou par voie orale (si traumatis cranien)

Voie a vessie

1- Indications :

Diurset, inconscient, mobilit rduite et globe vsical

2- Types

3- Voies

Conventionnelle ou Kt sus-pubien

Autres :

La position et immobilisation en cas de traumatisme

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE : Simulation		
TYPE : GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge