



# **RAPPORT DE STAGE**

## **Stage Clinique: Stage Hospitalier 9 cycle 3**

### **CSM**

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation : Cardiologie

Date debut de stage: 22-11-2021

Date fin de stage: 22-12-2021

**Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim**

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Observation Omar El OMARI		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Observation Omar El OMARI		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Identit :

Il s'agit de Omar el omari age de 35 ans celibataire, originaire de Benslimane et habite a Rabat.

Motif de consultation : Douleur thoracique aigue

Antcdents :

Personnels :

Mdicaux

- Non diabetique

- Non hypertendu

- Non dyslipidmique

- Absence de nphropathie, de cardiopathie ou de pneumopathie

- Contage tuberculeux

- Vacciner contre le covid-19

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Tabagique 15 PA

- Alcoolisme occasionnel

- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Jamais opéré

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte à 15 jours, par l'installation progressive d'une douleur thoracique basale droite en point de côté non irradiante aggravée par la toux et calmée par des antalgiques dont l'efficacité a diminué, associée à une toux sèche et une dyspnée stade 3, et à des sueurs nocturnes, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, avec altération de l'état général.

- Examen clinique :

Examen général :

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

- Mauvais tat gnral

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow ( 15/15 )

- Frquence cardiaque : 90 BPM

- Frquence respiratoire : 18 Cycles/min

- Tensin artrielle : 130/80 mmhg

- Température : 37.5 degre

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire

- Absence d'Hippocratisme digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales ( abolis au niveau basal droit )

Percussion :

Matite basale droite

Auscultation :

Murmure vsiculaire ( Diminuer a droite ),

Conclusion :

Patiente agee de 35 ans ayant comme antcdents un tabagisme chroniaue 15PA, un contage tuberculeux, hospitaliser pour douleur thoracique aigue au niveau basal droit en point de coter aggraver par la toux, associer a une toux sechem dyspnee stade 2 NYHA, et des sueurs nocturnes chez qui lexamen clinique trouve des vibrations vocales abolis, une matite et une diminution des murmures vesiculaires au niveau de l hemithorax droit le tout evoluant dans un contexte de fièvre et daltration de ltat gneral.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT	INFORMATIONS ETUDIANT
PATIENT : Observation en pneumologie	Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim
IDENTIFIANT PATIENT :	Etablissement : Faculté de Médecine Générale
INTITULE DOSSIER : observation en pneumologie	Formation : Médecine Générale

  

CATEGORIE	ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :                      Simulation		
TYPE :                              JEU DE ROLE		

## Présentation

### Interrogatoire

L'Identité du malade (Nom, prénom, âge, sexe, professions, couverture sociale)

Le mode de vie du patient/ les facteurs de risque / pathologie iatrogène

Le Motif de consultation ou d'hospitalisation(3)

Les antécédents personnels et familiaux

L'histoire clinique

Le ressenti actuel

### Aérocontaminants

Tabac +++

2) Particules minérales

a) Amiante: cf

b) Silice: silicose

c) Bryllium: brylliose pulmonaire chronique

3)

Particules organiques

a) Pneumallergènes: cf

b) Agents des PHS: poumon d'éleveur d'oiseaux (protéines aviaires) et poumon de fermier (moisissures: micropolyspora faeni, aspergillus fumigatus)

4) Agents infectieux

Antcdents personnels

Tuberculose:

- risque de rechute si mal traite
- complications: DDB, aspergillome intracavitaire

Retentissement respiratoire de maladies extra-respiratoires

trs varies

Immunodpression en particulier infection par le VIH

Terrain allergique: rhinite et conjonctivite saisonniere

Strilit: maladie des cils ou mucoviscidose

Antcdents familiaux

Asthme, allergie

Mucoviscidose

Dficit en al-antitrypsine

Dficit immunitaire hrditaire

Signes fonctionnels

Symptmes d'origine respiratoire:

1) Douleur thoracique

2) Dyspne

3) Toux

Expectoration

5 Hmoptysie

Non spcifiques de l'appareil respiratoire,  
parfois d'origine cardio-vasculaire ou autre

## DOULEUR THORACIQUE

Dfinition

Symptme trs frquent non spcifique:

d'origine respiratoire, paritale,  
oesophagienne ou neurologique.

Douleur thoracique d'origine respiratoire: lie  
une atteinte de la plvre soit directe soit par  
contiguit.

tiologies

tiologies respiratoires:

- panchement liquidien ou gazeux de la plèvre
- Pneumonie
- Embolie pulmonaire
- CBP (notamment de l'apex;; sd Pancoast-Tobias)

Les autres causes sont cardiovasculaires (angor, pericardite aiguë, dissection aortique), paritale (fracture costale, arthrite chondro-costale), digestive (RGO)pancreatite cholecystite ou neurologique (douleur radiculaire zona)

L'inspection:

Morphologie thoracique

- 1) Déformations
- 2) Circulation collatérale
- 3) dme

Cyanose

Coloration bleutée, sombre, parfois violacée des téguments et des muqueuses surtout visible au niveau des extrémités (lèvres, ongles, oreilles...)

Taux d'Hb réduit > 5g/dl dans le sang capillaire.

Intensité cyanose liée à l'intensité de la désaturation et au taux d'hémoglobine

Peut être inapparente en cas d'anémie

- Peut être exagérée par une polyglobulie

Hippocratisme digital

Elargissement des extrémités (doigts, orteils) et bombement des ongles en verre de montre donnant



un aspect en baguette de tambour

Rnitence et rougeur du lit des ongles

Isol ou faisant partie de l'OAHF

Etiologies

Causes respiratoires

DDB diffuses et mucoviscidose

KBP

Fibroses pulmonaires et asbestose

Causes extra-respiratoires

Cardiopathies cyanogènes

Cirrhose

Endocardite d'Osler

Formes congénitales

## LA PALPATION

### I - DEPISTER ET PRECISER LES ANOMALIES PARIETALES:

tumefaction, gynecomastie, dme, battement vasculaire, point

douloureux

### II - RECHERCHER DES ADENOPATHIES PERIPHERIQUES:

dans les régions sus-claviculaires et axillaires. Cette recherche doit évidemment intéresser aussi les aires ganglionnaires extra-thoraciques : cervicales, pectorales, inguinales.

### III - CHIFFRER LA FREQUENCE RESPIRATOIRE :

Poser la main plat contre la face antérieure du thorax en regardant la montre tout en comptant le nombre des mouvements respiratoires (la main est soulevée chaque inspiration).

### IV - ETUDIER LA TRANSMISSION DES VIBRATIONS VOCALES :

Normalement, les vibrations vocales sont perçues par la main sous forme d'un frémissement léger.

caractéristique, d'emphysme diffus, de pleurésie, de kyste hydatique de gros volume, d'épaississement de la plèvre (pachypleurite)

Les vibrations vocales sont augmentées dans les condensations du parenchyme pulmonaire comme au cours d'une pneumonie.

### V - RECHERCHER DES SIGNES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE

Transmission des VV

Augmentation des VV: condensation du parenchyme pulmonaire sous-jacent

Diminution ou abolition des VV : interposition d'une poche liquidienne (pleursie) ou gazeuse (PNO) entre le parenchyme pulmonaire et la main

Rechercher des points douloureux explorer les aires ganglionnaires

Rechercher une tumfaction mammaire, sous-cutane ou osseuse.

Emphysme sous cutan: prsence d'air sous la peau donnant une sensation de crpitation neigeuse comme la marche sur la neige.

## A PERCUSSION

### I- ETAT NORMAL

On perçoit une sonorité pulmonaire dont l'intensité est variable. Pour un même sujet, l'intensité varie selon la région percute. Elle est plus faible dans les régions supérieures du thorax qu'aux bases où la musculature est moins importante. D'un sujet l'autre. L'intensité est fonction du développement de la musculature et de l'adiposité.

### MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES

A) Hypersonorité : (ou TYMPANISME). C'est une exagération de la sonorité du thorax. Elle traduit une interposition d'air entre la paroi et le parenchyme (pneumothorax ou panchement pleural, distension alvéolaire, emphysème, asthme, emphyseme, "néphro-parenchymateuse") ou une

B) Matité : C'est une abolition de la sonorité normale. Elle donne un son plein. Elle traduit la présence d'un volume liquide ou solide sous-jacent. Elle se voit dans

- L'panchement liquidien pleural (pleursie).
- Les collections liquidiennes. Kyste hydatique de gros volume par exemple.
- L'paississement de la plèvre (pachypleurite).

Les condensations du parenchyme pulmonaire, la pneumonie notamment.

La percussion doit être toujours comparative.

Matité: diminution de la sonorité.

Normale au niveau des aires de projection du foie et cur.

Matit franche, avec sensation de rsistance au doigt

l'panchement liquidien de la plvre.

Matit moins franche, sans sensation de rsistance au doigt

dans la condensation pulmonaire.

Tympanisme: augmentation de la sonorit.

Tympanisme normal au niveau de la pocheair gastrique

panchement gazeux de la plvre ou emphysme

## L'AUSCULTATION

### I- AUSCULTATION A L'ETAT NORMAL :

#### A) Le souffle laryngo-trachal ou bruit glottique :

On l'ausculte au niveau des faces latrales du couproximit des grosses voies ariennes, perul'inspiration et l'expiration.

#### B) Le murmure vsiculaire:

### II - AUSCULTATION A L'ETAT PATHOLOGIQUE

#### A) Abolition ou diminution du murmure vsiculaire:

Elle se voit essentiellement en cas :

d'interposition gazeuse (pneumothorax ou emphysme ).

d'interposition liquidien (pleursie, kyste liquidien) ou solide (pachypleurite).

d'obstacle des grosses voies ariennes (traches et bronches proximales)

#### Bruits normaux

Murmure vsiculaire; il est peru dans les rgions antro-latrales du thorax et dans le dos. Il s'entend durant toute l'inspiration et seulement au dbut de l'expiration.

Bruit tracho-bronchique (ou bruit glottique) : il est peru en avant, dans la rgion pr-sternale haute et la base du cou, devant la trache, dans les rgions sous-claviculaires, et en arrire, entre le rachis et les omoplates. Il s'entend entendu aux deux temps de la

respiration.

Bruits surajouts: rles

1) Sibilants et squeaks

2) Ronflements (ronchus)

3) Crpitants

4) Frottement pleural

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : L'intubation		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : L'intubation		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

## Présentation

Intubation:

L'intubation trachéale est la méthode de choix pour l'isolement et la protection des voies aériennes supérieures, ainsi que pour la ventilation. C'est un acte courant banal pour les équipes anesthésiques entrainées. La laryngoscopie est la technique de base de l'intubation trachéale.

L'intubation trachéale se définit comme le cathétérisme de la trachée, travers la glotte, à l'aide d'un tube qui reste accessible au niveau de la bouche ou des narines selon la voie d'introduction choisie.

C'est un geste courant, en règle facile et rapide, souvent indispensable en anesthésie et réanimation d'urgence, qui permet de maintenir la liberté et l'efficacité des voies aériennes supérieures et de contrôler la ventilation et l'humatose.

L'intubation peut être rendue difficile dans certaines circonstances pathologiques congénitales ou acquises qu'il convient d'appréhender au préalable pour adapter le matériel et choisir au mieux le protocole.

L'intubation trachéale permet de cathétériser la trachée, travers la glotte, à l'aide d'un tube qui reste accessible au niveau de la bouche ou des narines selon la voie d'introduction choisie.

C'est un geste courant, en règle facile et rapide, souvent indispensable en anesthésie et réanimation d'urgence, qui permet :

- d'assurer la liberté des voies aériennes supérieures ;

- de protéger les voies aériennes de l'inhalation des sécrétions digestives ;

- de permettre une ventilation contrôlée sur une trachée intubée ;

- de faciliter l'aspiration des sécrétions trachéo-bronchiques.

Matériel

Lames de laryngoscope

Le laryngoscope standard rigide comporte une lame détachable et un manche qui contient la source lumineuse. Les lames standard possèdent un rebord pour refouler la langue sur le côté et un côté ouvert pour visualiser le larynx.

Le but de cette préparation est d'anticiper le moindre problème pour vite le résoudre dans la panique :

- effectuer une consultation d'anesthésie avec vérification de l'absence de critères d'intubation difficile ;

vérifier la dentition du patient (prothèses, dents sur pivots, dents instables) ;

parler au patient en expliquant au besoin certains gestes qui sont réalisés autour de lui avant l'induction ;

préoxygéner le patient au moins 3 minutes en oxygène pur ;

vérifier la possibilité de ventiler le patient au masque.

#### Monitoring de base

Le monitoring de base est :

clinique ;

cardiaque avec un oscilloscope ;

de la pression artérielle ;

de la saturation : oxymétrie pulsatile ;

de la capnographie ;

des gaz (O<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, agents halogénés) ;

de la température surtout chez les enfants.

#### Technique

##### Intubation orotrachéale sous laryngoscopie directe

La position de la tête du patient en hyperextension, initialement décrite par Jackson, doit favoriser l'exploration laryngoscopique.

##### Technique chez l'adulte

Le manche du laryngoscope est tenu par la main gauche (pour un droitier), la droite tient les lèvres et un protège-dents est vivement recommandé. La lame courbe (moins traumatisante et moins rigide) est introduite par la droite, repoussant la langue vers la gauche. Elle progresse dans un plan médian en gardant la luette comme repère.

L'épiglotte est repérée, l'extrémité de la lame se glisse dans le repli glossopiglotique, le laryngoscope est alors soulevé, sans faire levier (ce qui ferait prendre appui sur les incisives supérieures, ouvrant le triangle glottique).

La sonde d'intubation est alors introduite par la commissure labiale droite à l'inspiration, si besoin aide d'un mandrin qui est retiré dès franchissement du plan glottique.

Le tube est positionné pour que son extrémité distale soit à mi-distance des cordes vocales et de la carène. Puis le ballonnet est gonflé à une pression juste suffisante pour assurer l'étanchéité. La sonde est alors fixée et protégée des morsures par une canule de Guedel.

Il faut alors contrôler immédiatement :

le murmure vésiculaire qui doit être symétrique pour limiter une intubation sélective ;

les signes de cyanose, sueurs, oxygénation périphérique, et paraclinique : volume courant à la spirométrie, saturation oxymétrique, capnographie.

##### Intubation difficile

L'intubation orotrachéale constitue un geste courant pour l'anesthésiste-réanimateur. Elle se fait le plus souvent facilement, grâce à un matériel simple et dans une position standardisée. L'éventualité d'une intubation difficile (ID), quoique rare, doit être recherchée par un examen pré-anesthésique systématiquement orienté sur sa détection. L'enseignement pour les médecins en cours de spécialisation et la formation continue doivent donner une large place à l'intubation trachéale. Enfin, si tout anesthésiste ne peut maîtriser l'ensemble des techniques décrites en cas d'ID, il doit toujours être capable d'assurer une

oxygénation efficace.

Détection de l'intubation difficile<sup>8,12,13</sup>

On considère qu'une intubation est difficile pour un anesthésiste expérimenté, lorsqu'elle nécessite plus de 10 minutes et/ou plus de deux laryngoscopies, dans la position modifiée de Jackson, avec ou sans compression laryngée (manœuvre de Sellick).

Une laryngoscopie difficile se définit par l'absence de vision de la fente glottique (stade III et IV de Cormack et Lehane

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

## Présentation

Oxygénothérapie :

Quels objectifs pour l'oxygénothérapie ?

L'hypoxémie profonde peut conduire à l'hypoxie tissulaire, la survenue de défaillances d'organes et au décès du patient. La pratique clinique vise souvent à la corriger. La crainte d'une chute brutale de la SaO<sub>2</sub> lors de la baisse de la PaO<sub>2</sub> mène souvent à une prescription excessive de l'oxygénothérapie. Cette crainte est liée à la représentation traditionnelle de la forme incurvée de la courbe de dissociation de l'Hb mettant en valeur une pente brutale en dessous d'une PaO<sub>2</sub> de 50 mmHg. Cette courbe traduit pourtant plusieurs avantages physiologiques. Dans la partie plate supérieure, même si la PO<sub>2</sub> alvéolaire chute, la prise d'O<sub>2</sub> sera peu altérée et l'Hb saturée en O<sub>2</sub>.

Comment administrer l'oxygène ?

Humidification et réchauffement des gaz inspirés

L'air est saturé en vapeur d'eau lorsque son humidité relative atteint 100 % (point de rosée). L'humidité absolue dépend de la température des gaz inspirés et augmente avec leur réchauffement. L'air inspiré se réchauffe et s'humidifie le long des voies aériennes supérieures richement vascularisées pour atteindre la frontière de saturation isothermique, une humidité relative de 100 % à 37°C, soit une humidité absolue de 44 mg H<sub>2</sub>O/L. Cette frontière de saturation isothermique est située entre la troisième et la cinquième division bronchique [42,43]. Inversement, lors de l'expiration, l'air se refroidit et provoque une condensation d'eau en partie récupérée par les voies aériennes. La température de l'air expiré varie entre 32 et 34°C et son humidité relative est de 100 %.

Masque facial simple

Le masque facial simple couvre la bouche et le nez. Il contient un volume variant de 100 à 300 mL en fonction des modèles. L'O<sub>2</sub> inhalé par le patient est dilué avec l'air ambiant provenant des orifices expiratoires. La FiO<sub>2</sub> est imprévisible et dépend de la ventilation-minute du patient, du débit d'O<sub>2</sub> utilisé et de l'ajustement du masque. Pour un débit d'O<sub>2</sub> variant de 6 à 10 L/min, la FiO<sub>2</sub> obtenue varie entre 35 et 55 %. Il expose aux mêmes inconforts que les lunettes nasales et de plus prive le patient des fonctions oropharyngées. Il n'est pas recommandé de l'utiliser pour des débits d'O<sub>2</sub> inférieurs à 5 L/min en raison du risque de ré-inhalation du CO<sub>2</sub> expiré lorsque l'espace mort du masque n'est pas suffisamment renouvelé par l'O<sub>2</sub> administré.

VNI:

Le but de la VNI est de prendre en charge le travail respiratoire du patient et d'assurer une ventilation alvéolaire satisfaisante, en administrant de l'air enrichi ou non en oxygène grâce à un masque couvrant en première intention le nez.



(masque nasal) puis le nez et la bouche si besoin (bucco-nasal ou facial), assurant une tanchit vis--vis de l'air extrieur. Un masque cphalique, recouvrant les yeux galement, peut tre utilis. Un masque uniquement nasal, souvent mieux toltr, impose la fermeture de la bouche pour viter des fuites buccales et donc un asynchronisme avec le ventilateur.

On distingue 4 grands modes ventilatoires:

Dans le langage courant, le terme VNI est utilis dans le cadre du traitement des pathologies obstructives et restrictives crant une hypercapnie dtecte par une analyse des gaz du sang. Concernant le traitement des pathologies respiratoires du sommeil comme l'apne du sommeil on parle alors de traitement par CPAP ou PPC.

\* CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (ou Pression Positive Continue, PPC), ou la pression dlivre durant l'inspiration et l'expiration reste la mme. Ceci permettant d'viter le collapsus des voies ariennes suprieures survenant dans le cadre du syndrome d'apnes obstructives du sommeil (SAOS).

\* VSAI : Ventilation spontane avec Aide Inspiratoire, o la pression d'insufflation est augmente durant l'inspiration. Appele aussi ventilationdeux niveaux de pression. Souvent utilise chez les patients apnques ncessitant de fortes pressions rendant le traitement inconfortable. C'est un mode de traitement peu utilis de nos jours du fait d'une meilleure tolrance des modes de VNI tels que le mode ST.

\* ST : Spontan Tim, permet le maintien de l'ouverture des voies ariennes avec l'utilisation d'une pression expiratoire positive (PEP), une Aide Inspiratoire (AI) est insufflechaque demande du patient. Une frquence de scurit (FR) est rgle sur la machine permettant d'assurer un nombre minimum de cycles respiratoires par minute. Ce mode est utilis dans l'objectif d'amliorer le rinage du gaz carbonique qui s'accumule dans les poumons dans les pathologies respiratoires obstructives (BPCO, dilatation des bronches) ou restrictives (SLA, SOH).

\* PAC : Pression Assiste Contrle qui permet de prendre entirement en charge le travail ventilatoire dans les pathologies les plus lourdes ou dans les volutions les plus lointaines des pathologies dgnratives. Ce mode, contrairement aux deux prcdents ne laisse pas le choix au patient de dclencher l'envoi de l'aide inspiratoire (AI) qui lui est fournie obligatoirement,un rythme prdfini.

Les machines utilises peuvent tre spcifiquesla ventilation non invasive, ou polyvalentes, servant galement lors d'une ventilation mecanique traditionnelle.

Cette technique permet, dans un certain nombre de cas, de se passer d'intubation trachale, geste trs inconfortable et dont la mise en place ncessite une sdation. En cas d'chec, une ventilation assiste traditionnelle est toujours possible. La ventilation non invasive diminue significativement le risque de complications infectieuses, la dure de sjour en ranimation et la mortalit, comparativementune ventilation sur tube endotrachal

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

  

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Cas clinique :

Un homme de 63 ans consulte aux urgences pour dyspnée voluante depuis 3 jours. On note dans ses antécédents une cardiopathie ischémique avec stent de l'IVA, une dyslipidémie, une bronchite chronique, un tabagisme actif 90 PA. Son traitement comporte Aspirine 100 mg/j, Plavix 1 cp/j, Tahor (statine) 1cp/j, Renitec (IEC) 1cp/j, Spiriva (anticholinergique) 1 glule inhaler par jour. Il déclare présenter une aggravation de sa toux, devenue plus grasse, depuis 7 jours, une fibrille 38°C, avec une difficulté grandissante pour respirer y compris au repos. Il ne se plaint pas de douleur thoracique.

Votre examen physique note : Température 37,8°C, saturation 82% en air ambiant, FC 96 batt/min, FR 30/min, TA 180/95, thorax distendu, respiration vésiculaire pincée, sibilants diffus à l'auscultation, quelques crépitements des bases, pas de foyer auscultatoire, pas d'OMI, ni turgescence jugulaire spontanée, mais reflux hépatojugulaire.

QUESTION N 1 Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques, justifiez ?

QUESTION N 2 Quels examens complémentaires demandez-vous ?

QUESTION N 3 : Parmi les examens que vous avez demandés, voici certains résultats : GB 6600 x 10<sup>9</sup>/L, PNN 3000 x 10<sup>9</sup>/L, Hb 16,8 g/dL (N : 12,5- 16 g/dL), VGM 95 fl (N : 80-100 fl), CRP 30 mg/L (N < 6 mg/L), troponine < 0,06 mg/L, Na<sup>+</sup> 138 mmol/L (N 135-142 mmol/L), K<sup>+</sup> 3,8 mmol/L (N : 3,55 mmol/L), ure 12 mmol/L (N < 20 mmol/L), Créatinine 75 mol/L (N < 120 mol/L), HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 35 mmol/L (N : 24- 28 mmol/L), BNP 30 pg/ml (N < 100 pg/ml), pH = 7,36 avec PaO<sub>2</sub> = 50 mmHg, PaCO<sub>2</sub> = 55 mmHg

La radiographie est la suivante. Quel diagnostic retenez-vous ? Justifiez au vu de ces nouveaux éléments

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic



INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : observation sd d'epanchement liquidien		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : observation sd d'epanchement liquidien		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Identit :

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans, femme mariée et mère, non assurée.

Motif de consultation : Dyspnée

Antécédents :

Personnels :

Médicaux

- Non diabétique
- Non hypertendue
- Non dyslipidémique
- Absence de néphropathie, de cardiopathie, de pneumopathie

Allergique

- Absence de terrain atopique

Toxique

- Tabagisme passif (
- Non thyroïdienne
- Non toxicomane

Chirurgicaux :

- Jamais opérée

Familiaux :

- RAS

Histoire de la maladie :

- Symptomatologie remonte il y a 3 jours par l'installation d'une dyspnée brutale associée à une toux productive, d'une douleur thoracique en point de côté, le tout évoluant dans un contexte fébrile, sans altération de l'état général (Asthme et anorexie)

- Examen clinique :

Examen gnral :

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

- Bon tat gnral

- Conjonctives normocolores

- Score de Glasgow ( 15/15 )

- Frquence cardiaque : 90 BPM

- Frquence respiratoire : 20 Cycles/min

- TA : 130/85 mmhg

- Température : 39 Degr

Examen pleuropulmonaire :

Inspection :

- La morphologie du thorax est normale

- Absence de cicatrices

- Absence de signes de lutte respiratoire

- Absence d'Hippocratisme digital

- Pas de Syndrome de Claude Bernard Horner

- Absence de stridor ou de cornage

Palpation :

Vibrations vocales ( Augmenter au niveau du champs droit )

Percussion :

Matité

Auscultation :

Murmure vésiculaire ( Diminuer au niveau du champs pulmonaires droit ),

Râles crépitants

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Exacerbation BPCO		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : Exacerbation bpcO		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

## Présentation

Exacerbation BPCO

CAT DEVANT UNE EXACERBATION DE BPCO

Traitement de l'exacerbation

a Une nbulisation toutes les 20mn la premire heure

puis toutes les 4heures

>1cc de salbutamol

+

(Atrovent) 0,250,5

Bromure

d'ipratropium

mg

+

4cc de srum

physiologique

o si nbulisation non disponible

> on

peut

utiliser

la

chambre

d'inhalation

(10bouffes=1 nbulisation)

Ou voie sous-cutane salbutamol 0,01mg /kg /

20m

contre l'obstruction bronchique

d En hospitalier:

> Les

corticodes

systmiques (voie

orale

Ou

injectable) ex: prednisolone 40-60mg/j pendant

cinqudix jours si signes de gravit

La kinsithrapie respiratoire pour

favoriser le

dsencombrement bronchique

## EVOLUTION ET COMPLICATIONS

### EXACERBATION DE BPCO

Principaux facteurs dclenchants de l'exacerbation

rechercher

@Surinfection+++ (bronchique, pneumonie,...) 50% des

causes d'exacerbation

pneumothorax

dembolie pulmonaire

Cardiopathie (gauche, trouble de rythme,...)

Cancer bronchognique

Erreur thrapeutique

(prise de sdatifs

oxygnothrapietrs fort dbit, prise d'un

btabloquant)

Motif

Antécédents

Interrogatoire



Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

## Présentation

Cas clinique OAP

Mme Chaimae

46 ans

Dyspne rapidement progressive

FR: 30 cpm /SLR: tirage intercostal et sus-sternal

/cyanose /Auscultation pleuro-pulmonaire: rles

crpitants / SpO2: 82%

FC: 140 bpm/ PA: 70/40 mmHg/ Pas de pleur

/marbrures/TRC allong/ auscultation cardiaque

normale

GCS: 14/15 / Pupilles de taille normale,

symtriques et ractives /Pas de dficit moteur

/Pas de convulsion

Glycmie

P: 1.2g/l/ Temperature: 40.6/ pas de douleur

Chez la patiente

Oxygnothrapie

1-Remplissage:20ml/kg/20min

2-ATB-thrapie aprs prlvement pour

hmoculture (sans attendre le rsultat): C3G:

50mg/kg/j

1re preuve de remplissage

1-Par quoi? SS

2-Objectif de PA:

Atteinte associe du SNC: PAM > 85 / PAS>

120

Absence d'atteinte associe du SNC: PAM > 65

/ PAS > 90

3-rgle 20/20 : 20mL/Kg/20 min

4-critres d'efficacit du remplissage:

1-diminution de la FC

2-PAM> 65

3-disparition des signes d'hypoperfusion

4-diursee>0.5ml/kg/h

Indications de l'ATB en urgence

1-infections neuro-mninges

2-sepsis/ choc septique

3-endocardite

4-neutropnie fbrile

5-ostomylite aigue

6-Endophtalmie

SRIS

Au moins 2 critres parmi 4

1-Tmperature >

38 ou <36

) - FC > 90

3-FR > 20 ou PaCO2 < 32 mmHg

4-GB > 12000 ou < 4000 ou GB immatures>

10%

SEPSIS

Caractris par:

1-Une réaction inappropriée de l'hôte au

micro-organisme

2-Un déséquilibre entre les médiateurs pro-

inflammatoires et les médiateurs anti-

inflammatoires

3-avec comme conséquence? 4 conséquences

1-vasoplogie > Hypovolémie relative

2-Lésions endothéliales

3-atteinte cardiaque (cardiopathie septique)

4-CIVD

Chez la patiente

Au bout de la 1<sup>re</sup> preuve la PA ne se corrige

pas

> vasopresseur: Noradrénaline:

0.1-1 µg/kg/min

Ex: P = 77 Kg posologie en mg/h?

1-Sepsis

2-Hypotension réfractaire (nécessite un

vasopresseur)

3-Absence d'hypovolémie vraie

4-lactate > 2mmol/L = 18mg/L

Critères du SDRA (4<sup>la</sup> fois) = Critères de Berlin

(GREC)

Clinique: Détresse Respiratoire aiguë <7 jours

Radiologique: opacités alvéolo-interstitielles

diffuses confluentes (non en rapport avec une

pleurésie ou une atelectasie)

Gazométrie:  $PaO_2/FiO_2 < 300$  (classification)

Echocardiographie: sans anomalies (ce n'est pas le cœur qui est responsable de l'œdème)

SDRA: OAP lsionnel (lsion directe ou  
indirecte de la MAV) associ  
Inflammation pulmonaire intense et une  
Hypoxmie svre

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

## Présentation

L'asthme est une Inflammation et hyperréactivité  
bronchique permanentes

Étiopathogénie

A - Atopie

B - Les allergènes

C - Facteurs favorisant (la maladie)

D - Facteurs déclenchants (la crise)

Crise d'asthme : accès paroxystique de  
symptômes de durée brève (< 1 jour)

Exacerbation : Enchaînement de crises  
d'asthme subintrantes sur une période de  
quelques jours

Asthme aigu grave (AAG) : Dès lors que le  
pronostic vital est en jeu

Aggravation rapidement progressive sur qq jours  
crise d'asthme brutale et de longue durée

Diagnostic positif :

-voqué devant les symptômes :

-sifflements aigus, toux sèche, dyspnée

-antécédents:

-toux (aggrave la nuit)

-sifflements rcurrents

-difficultés respiratoires rcurrentes

-blocages respiratoires rcurrents

- valuer la gravité (clinique, débit-métrie, gazométrie)

Rechercher un facteur déclenchant/aggravant de la

crise (clinique, radiologie, biologie)

-contexte d'apparition des symptômes:

-exercice

-infection virale

-irritants (tabac, produits chimiques)

-changements climatiques

- rires ou pleurs violents

-stress

-examen clinique:

-habituellement normal en état stable;

- en crise: le thorax est distendu, comme bloqué en inspiration  
force;

-de nombreux râles sibilants, diffus dans les deux champs, de  
temps essentiellement expiratoire.

les examens complémentaires

Imagerie thoracique:

-poumon normal (entre les crises)

-poumon distendu (au moment de la crise)

-largissement des espaces intercostaux;

-abaissement et aplatissement des coupes diaphragmatiques;

-augmentation de la transparence pulmonaire.

Bilan allergologique

EFR:

Recherche un TVO: VEMS/CV <70%, chute du VEMS

hors crise (difficile en crise) et surtout sa réversibilité

significative sous BD inhalés ou corticostéroïdes

-DEP +++ dans asthmes graves souvent instables

Diagnostic différentiel:

Dyspnée paroxystiques non bronchiques

-Asthme cardiaque

-Embolie pulmonaire

-Pathologie des cordes vocales

-Anxit, attaques de panique

Obstruction localise

-corps trangers intra-bronchiques

-compressions et tumeurs trachales

-stnose post-chirurgicale

Obstruction diffuse

-bronchite aigu, bronchiolite (enfants)

-exacerbation de bronchite chronique

-dilatation des bronches (DDB)

Traitement :

Bronchodilatateurs

a- 2 mimtiques de courte dure daction

b- 2 mimtiques de longue dure daction

c- Anticholinergiques de courte dure daction

d- Xanthiniques

e- Adrenaline

3- Anti-inflammatoires:

a-Corticostroides

b- Anti-leucotrines

c- Cromones

Traitement de fond

Corticodes inhals seuls

Corticodes inhals associs aux bronchodilatateurs de

longue dure daction

Antileucotriene

Xanthiniques

Corticotherapie faible dose parfois

Anti IGE



Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

## Présentation

### PLEURESIES

Epanchement liquidien dans le sac pleural.

Le contexte et le terrain sont des lments essentiels de l'orientation tiologique.

### SEMIOLOGIE

---- sd fbrile, installation brutale ou au contraire instalation progressive sans signe infectieux

---- Douleur basi-thoracique modre (type point de ct) irradiant vers l'omoplate

---- Toux sche, modre rveillant le douleur

---- La dyspne est fonction de l'abondance et du terrain.

---- Hoquet possible

### EXAMEN CLINIQUE

Pas toujours vident sur des panchements modrs ou sur un panchement ractionnelune Pfla

Le contexte de IOAP est diffrent.

Lembolie pulmonaire doit tre galement voque

---- Baisse/abolition murmure vsiculaire

---- Baisse/abolition des vibrations vocales

---- Matitla percussion

---- Frottement qui suit la respirationl'inverse du frottement pericardique

### RADIO

---- Confirme le diagnostic

### CAT

La ponction pleurale est généralement indiquée sauf OAP, cirrhose, syndrome néphrotique, pneumopathie où l'indication n'existe qu'en cas de mauvaise tolérance et/ou échec du traitement diurétique.

Aspect du liquide, protéines, cytologie, bactériologie

Biopsie pleurale : BK, mésothéliome, métastases, Kaposi, asbestose,...

## ÉTIOLOGIES

Épanchement purulent

\* Tous les pyogènes (4 semaines d'antibiothérapie guidée par l'antibiogramme ou empirique : AUGMENTIN/CIBLOR)

Transsudats

\* Insuffisance cardiaque

\* Cirrhose

\* Syndrome néphrotique

\* Pneumonie

\* Embolie pulmonaire

\* Maladies de système : Lupus, PR, etc..

Exsudats non purulents

\* Virus

\* Tuberculose

\* Cancers (mésothéliome, métastases, Kaposi,)

\* Asbestose (amiante)

\* Radiothérapie

\* Pancratite

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

Patient 30 ans

Se présente pour une douleur thoracique

FR= 28 cpm / pas de cyanose / tirage intercostal /

auscultation: Silence auscultatoire au niveau de

l'hémithorax droit/ SpO2= 92%

FC=120 bpm / PA= 130/85 / Pas de pleur/ pas de

signes d'hypo-perfusion périphérique/ auscultation

cardiaque normale

GCS = 15/15 / Pupilles de taille normale, symétriques

et réactives /Pas de déficit moteur / Pas de convulsion

Température = 37.4

Dextro= 1.1 g

Douleur: 8/10 (intense)

Traitement initial et mise en condition (VV+Monitoring)

Traitement initial

Traitement de la douleur (antalgique):

Morphine

Bolus: 0.05-0.1mg/kg en IVD

Poids: 77kg

Dilution de la morphine (triage)

1 ampoule de morphine=1ml=10mg

1ml de morphine+ 1ml de SS=10ml=10mg

En gnral un bolus est suffisant

Si la douleur ne cde pas ajouter :

1 mg toutes les 10 minutes

Si

PNO minime

Bien tolér

-> abstention et surveillance et radiographie

J1 et J7

Repos

Si

PNO non tolér (douleur, desaturation,  
dyspnée)

A

PNO abondant ou compressif

> drainage d'emblée ou exsufflation en  
attendant de drainer

Repos

Surveillance (drainage)

Clinique

Radiographie thoracique

Bullage

Etat des téguments

En place

36 jours

Patient en expiration bloqué

Indication de la PEC chirurgicale par symphyse

pleurale:

1re rcidive

PNO bilatral

Persistence de bullage > 7 jours

Professionrisque

## COMPLICATIONS

Rcidives

Complications lies au drain (hmorragique et  
mcanique)

Infection

Atlectasie, bouchon muqueux dans le  
poumon collab

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

## Présentation

Dfinition dun pneumothorax :

Effraction dair entre les deux feuillets de la plvre

Signes fonctionnelles

- > Douleur thoracique
- > Toux sche
- > Dyspne

Signes physiques

Trpied de Gaillard

- DIM V.V
- Abolition M.V
- Tympanisme

Analyser :

- Etendu du dcollement :

Total : > 80 %

Partiel : < 80%

Par rapport a la totalite du poumon

- Taille :

Petit : < 3cm en apex et 2cm en axial

Grand : > 3cm en apex et 2cm en axial



- Tolrance :

Frquence respiratoire

Signes de dtresse

Signes de luttes

SpO2

Conduite a tenir

- Petite taille + Bien tolre : Surveillance + Antalgiques + Antitussifs si besoin + O2 (6l/min)

- Pneumothorax total ou de grande taille ou mal tolre : Exsufflation

- Pneumothorax suffocant : Drainage

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

## INFORMATIONS PATIENT

PATIENT : ponction pleurale exploratrice et évacuatrice

IDENTIFIANT PATIENT :

INTITULE DOSSIER : ponction pleurale exploratrice et évacuatrice

## INFORMATIONS ETUDIANT

Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim

Etablissement : Faculté de Médecine Générale

Formation : Médecine Générale

## CATEGORIE

RUBRIQUE : Simulation

TYPE : GESTE TECHNIQUE

## ENCADRANTS

## STATUT

## Présentation

Ponction pleurale exploratrice et évacuatrice:

Ponction pleurale exploratrice= examen  
essentiel dans le diagnostic positif d'une  
pleurésie

But: déterminer la nature de la pleurésie et  
contribuer à la démarche du diagnostic  
étiologique d'un épanchement pleural  
liquidien

## AVANT LE GESTE

1-Confirmer la nécessité du geste

2-Identifier les CI

il n'y a pas de contre-indication absolue à la ponction  
pleurale.

les contre-indications relatives sont :

une anticoagulation efficace

une faible quantité de liquide

- la ventilation invasive

une infection cutanée en regard de la zone de ponction

- l'insuffisance respiratoire aiguë sauf si l'épanchement est

la cause principale de la décompensation respiratoire

un patient non collaborant

l'inexpérience de l'opérateur

3-patient:

Bilan d'hémostase

ATCD de pneumothorax

Prise d'anticoagulant

Demander le consentement du patient avant

de commencer

Préparer le patient

Patient

Patient nonjeun

Position assise

Dos vertical

MS poss du l'adaptable haut situ

Raser la zone de la ponction

Matériel

Compresse stériles

Gants stériles

Bétadine

Seringues de 20ml

Xylocaine (10ml) toujours aspirer

4 flacons pour prélèvement

Bons destinés aux laboratoires (biochimie/

bactériologie/cytopathologie)

Étiquette (nom du patient)

Pendant le geste

MONITORAGE

VVP (anticipation)

Site de la ponction

Reprer le site de la PPE

Associer la percussionl'auscultation

Ponctionner au niveau d'un espace intercostal

en dessous de la zone de transition entre la

rgion de sonorit normale et le rgion de

matit

3-5 cm latralementla colonne vertbrale

Raser le bord suprieur de la cot infrieur

Effectuer la PPE

Dsinfection de la peau

Appliquer une anesthsie locale puis attendre

quelques minutes

Introduite l'aiguille de la seringue (20ml)

perpendiculairela peauaspirer 20 ml de

liquide pleural

Repartir le liquide pleural sur les flacons

2-Analyse microscopique

Biochimie : protides / LDH transsudat /

exsudat

Bactriologie: prdominance lymphocytaire

Ou PNN

Cytopathologie: cellules noplasiques

Garder le patient allong pendant 15 minutes

Lev prudentit

Surveillance

Radiographie thoracique: pneumothorax

iatrogne

PP EVACUATRICE

BUT: thrapeutique

Evacuer un panchement pleural liquidien

important symptomatique (douleur, dyspne)

Matriel

Gants stiles / compresses stiles / btadine

/ pansements stiles / aiguilles / trocart

Xylocaine

Seringues: 20ml et 50 ml

Kit spcial de drainage pleural: aiguille de

ponction / robinet3 voies / seringue 60 ml /

poche de recueil de 2l

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

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

## Présentation

### Lembolie pulmonaire

#### Diagnostiquer une embolie pulmonaire

L'embolie pulmonaire (EP) se définit comme l'oblitération brusque du tronc ou d'une branche de l'artère pulmonaire par un embolo provenant le plus souvent d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (TVP).

#### Aspects cliniques

Comme pour la TVP, le diagnostic d'EP repose autant sur la prise en compte du contexte clinique que sur les données de l'examen. La dyspnée avec tachypnée supérieure à 20/min, la douleur thoracique de type pleural, la tachycardie et les crachats hémoptoïques sont les signes les plus fréquents mais non spécifiques. Les manifestations trompeuses de l'embolie pulmonaire sont très nombreuses : arythmie cardiaque, fièvre modérée, confusion mentale, défaillance cardiaque résistante, bronchospasme grave.... Les données conjointes de la clinique (essentiellement la dyspnée quantifiée par la fréquence respiratoire) et des facteurs de risque permettent l'estimation de la probabilité clinique a priori. Celle-ci est indispensable pour définir la stratégie des examens complémentaires (cf tableau 1). Elle est également utile pour décider de la mise en route immédiate d'un traitement anticoagulant lorsque la probabilité clinique est forte. Une embolie pulmonaire peut aussi être parfaitement silencieuse comme l'ont montré les études systématiques réalisées chez les patients porteurs de TVP (40-50 % pour les TVP proximales).

#### Examens complémentaires de base

**Radiographie pulmonaire** Elle cherche des signes en faveur d'une embolie, tels qu'une atelectasie en bande, un panchement pleural isolé, une ascension d'une coupole diaphragmatique ou une image d'infarctus pulmonaire. Elle permet aussi d'évoquer certains diagnostics différentiels. Mais une radiographie pulmonaire normale n'élimine pas le diagnostic (20 % des cas). Au contraire, une dyspnée associée à une radiographie pulmonaire normale est très évocatrice d'EP. **ECG** Il est surtout utile pour le diagnostic différentiel. Les principaux signes ne sont pas spécifiques : tachycardie sinusale, déviation axiale droite (S1Q3), bloc de branche droit, hypertrophie de l'oreillette droite, aspect ischémique antéro-septale. Le caractère récent de ces signes est évocateur. **Gaz du sang** Ils permettent de quantifier le déficit de l'hématose. L'association d'une hypoxémie et d'une hypocapnie est évocatrice, mais non spécifique d'EP. **D-dimères plasmatiques**

#### Examens complémentaires décisionnels

La bonne utilisation des explorations complémentaires suppose une bonne évaluation de la probabilité clinique et le respect d'une stratégie pré-définie (cf T1). De plus, les examens complémentaires sont d'autant plus performants qu'ils sont réalisés précocement. **Chodoppler veineux** Il trouve une TVP des membres inférieurs dans 70% des cas d'embolie pulmonaire. Devant une suspicion clinique d'EP :

- \* la découverte d'une TVP proximale (poplite ou plus haute) rend très probable le diagnostic d'EP en cas de signe thoracique et a déjà en soi les mêmes conséquences thérapeutiques ; elle est donc habituellement suffisante pour conclure la démarche diagnostique ;

- \* la découverte d'une TVP surale ne permet pas d'affirmer une EP et justifie la poursuite des explorations ;

\* l'absence de TVP en échodoppler élimine en aucun cas le diagnostic d'EP. Par ailleurs, en cas d'embolie pulmonaire affirmée par des examens pulmonaires, la recherche exhaustive du foyer emboligène est indispensable pour une prise en charge spécifique de la TVP.

Scintigraphie pulmonaire de ventilation/perfusion Examen sensible, elle délivre une faible irradiation (une scintigraphie de perfusion est possible en fin de grossesse) sans risque d'allergie. Elle n'est spécifique que dans certains cas. Elle demande la coopération du patient.

\* Une scintigraphie avec une perfusion normale élimine une embolie pulmonaire récente.

\* L'existence de plusieurs zones segmentaires ventiles non perfusées permet au contraire d'affirmer le diagnostic.

\* Les tableaux intermédiaires ne sont pas décisifs et nécessitent la poursuite de la démarche diagnostique. Ces résultats intermédiaires sont malheureusement nombreux (près de deux tiers des cas), d'autant plus qu'il existe des antécédents pulmonaires ou cardiaques, ventualité qui incite à choisir d'emblée d'autres examens.

\* Le résultat de la scintigraphie doit être exprimé en 3 classes: probabilité élevée, probabilité intermédiaire ou faible, scintigraphie normale

échographie cardiaque Elle est indiquée en cas de suspicion d'EP grave (avec choc) où elle permet de quantifier l'hypertension artérielle pulmonaire et d'éliminer les principaux diagnostics différentiels (choc cardiogénique d'autre origine, dissection aortique, choc septique...). Elle apporte de précieux renseignements pronostiques dans l'hypertension artérielle pulmonaire d'origine embolique. Tomodensitométrie hélicodale avec injection Langioscanner est actuellement l'examen de référence en l'absence de contre-indication. C'est un examen spécifique. Il entraîne une irradiation non négligeable et une injection d'iode. Il est dépendant de l'opérateur et du matériel. Angiographie pulmonaire L'artériographie pulmonaire numérise, elle fait la méthode diagnostique de référence. Elle pose des problèmes d'accessibilité, de faisabilité et de coût. C'est un examen invasif dont la mortalité est inférieure à 1%. C'est actuellement un examen de deuxième intention.

## Diagnostic différentiel

Les pathologies pouvant simuler une embolie pulmonaire sont très nombreuses : bronchite aiguë, crise d'asthme, pneumonie, cancer bronchopulmonaire, douleur parietale, péricardite, spasme œsophagien, crise d'angoisse. Dans les cas plus sévères, on évoque l'infarctus du myocarde, une infection aiguë chez un BPCO, un choc septique ou une hémorragie sévère occulte, une dissection de l'aorte.

## Stratégie diagnostique

La multiplicité des examens complémentaires proposés montre bien qu'aucun d'entre eux n'est parfait. La stratégie de référence actuelle comprend l'échodoppler veineux et l'angio-TDM. D'autres stratégies sont possibles. Dans tous les cas, il faut connaître les limites de chacun des examens et savoir les intégrer dans une démarche clinique et adaptée aux possibilités locales.

## Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge (TVP et EP)

La MTEV est une urgence diagnostique et thérapeutique. Le diagnostic doit être confirmé aussi rapidement que possible par des explorations complémentaires. L'institution immédiate d'un traitement anticoagulant avant réalisation des explorations est justifiée en présence d'une probabilité clinique élevée de TVP ou d'EP. Il est néanmoins possible d'identifier des situations particulièrement urgentes nécessitant une prise en charge spécifique :

\* l'ischémie : thrombose veineuse profonde avec ischémie du membre, embolie pulmonaire avec défaillance hémodynamique, TVP dans le cadre d'une thrombopénie induite par l'héparine,

\* liées au patient : grossesse, contre-indications au traitement anticoagulant.

## Bases du traitement

Héparinothérapie Héparines de bas poids moléculaires (HBPM) Elles ont une efficacité au moins aussi bonne que l'héparine standard. Elles ont l'avantage d'une plus grande stabilité de leur effet et une meilleure absorption. Elles sont administrées par voie sous-cutanée à la posologie de 70 à 100 UI/kg/12h selon le produit. Un traitement par une seule injection par jour est

possible avec certaines HBPM. Il faut être attentif au risque d'accumulation en cas d'insuffisance rénale. On doit donc disposer d'une clairance de la créatinine (mesure ou estime par la formule de Cockcroft) notamment chez le sujet âgé. En cas de clairance inférieure 70 ml/min une surveillance biologique de l'activité anti-Xa s'impose, de même chez l'obèse et le sujet âgé de plus de 80 ans. Elle est réalisée 3 heures après l'injection, au pic pharmacodynamique. L'activité anti-Xa doit être inférieure à un seuil de surdosage variable selon les HBPM (de l'ordre de 1 UI/ml). En cas de clairance inférieure 30 ml/min, l'HBPM est contre-indiqué. L'aparine non fractionnée Le traitement commence par un bolus intraveineux de 100 UI/kg suivi par un traitement intraveineux continu au pousse-seringue avec une posologie initiale de 500 UI/kg/j adaptée en fonction du Temps de Céphaline Active 24 heures après le début du traitement, puis quotidien (cible pour le TCA : 1,5-2 fois le minimum). Cette modalité thérapeutique est utile lorsque l'on envisage d'interrompre en urgence le traitement anticoagulant (ponction, chirurgie...) car la demi-vie de l'aparine standard est de deux heures. L'utilisation d'une HNF en 3 injections sous-cutanées est également possible (mesure du TCA 4 heures après l'injection). Quelle que soit l'aparine utilisée, le risque de thrombopénie impose dans tous les cas une surveillance de la numération plaquettaire deux fois par semaine.

## Indications

Initialement proposé dans le traitement préventif après prothèse totale de hanche ou de genou, ses indications s'étendent à la chirurgie abdominale et chez les patients à haut risque de complications thromboemboliques. Il constitue également une alternative thérapeutique aux HBPM dans le traitement curatif des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires.

## Posologie

En traitement curatif la posologie recommandée est de 7,5 mg une fois par jour (pour tous les patients dont le poids est compris entre 50 et 100 kg) administré par injection sous-cutanée (posologie recommandée = 5 mg si poids < 50 kg, 10 mg si poids > 100 kg).

## Contre-indications

Absolues : identiques à celles des HNF et HBPM en dehors de la TIIH. Chez les patients insuffisants rénaux, le fondaparinux est contre-indiqué en traitement curatif si la clairance de la créatinine est inférieure 30 ml/min, et en traitement préventif si la clairance est inférieure 20 ml/min. Le fondaparinux ne doit pas être utilisé chez la femme enceinte même d'une nécessité absolue.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge



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

## Présentation

Asthme :

Définition :

TVO < 0.7 qui est réversible par vérification des deux conditions :

1-VEMS post-pr > 200ml

2-VEMS (post-pr)/pr > 12%

Etiologie :

Allergènes

Atopie

Physiopathologie :

Hyperreactivité bronchique -> Inflammation avec hypersecretion et bronchoconstriction

Signes fonctionnels : pauvre

Examen clinique ( Crise ) : Rales sibilants, silence auscultatoire ( Si : Asthme aigu grave )

Crise à accès paroxystique

Exacerbation est définie comme une crise qui récidive

-> Modéré

-> Sévère

-> Asthme aigu grave

DEP : Très utile pour le contrôle

Traitement :

1-Nébulisation :

B2-mimétique à court délai d'action ( Salbutamol 1ml = 5mg + 4ml SS )

Masque de nébulisation

O2 à 6l/min

À répéter chaque 20 min

2-Corticothérapie par voie générale :

1mg/kg/jr

-> Voie orale : Prednisola

-> Voie intraveineuse : Mthyle prdnisola

+ TRT de la cause

BPCO

Dfinitoon :

TVO < 0.7 irrversible

Facteur favorisant : Tabac

Physiopathologie : Emphysme ( Rsultat de la destruction lastique et le pigeage dair )

Prsence dune bronchite chronique

Signes fonctionnelles : Distenciation thoracique, signe de Hoover, dyspne chronique expiratoire ( mMRC ), Toux, expectoration matinales

Examen clinique :

Rales sibilants, crpitants, ronflants voire silence auscultatoire

Exacerbation est dfinie par la majoration des signes selon les critres dAnthonisen

Traitement :

1-Nbulisation avec lair + Otnovant 0.025-0.5mg

2-Avec O2 : si besoin doxygene a rajouter avec le masque de nbulisation

-> Lunettes 2l/min

Complication majeure : Insuffisance respiratoire hypercapnique

+ TRT de la cause

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge