



Apprendre l'observation médicale

Par : Dr. Yassine Lemfadli

médecin interne du CHU Med VI de Marrakech

09/09/2017



جمعية الأطباء الداخليين بمراكش
Association des Médecins Internes de Marrakech



Préambule

Chers collègues,

Le stage hospitalier est une étape essentielle dans la formation d'un médecin. Ainsi il représente un complément obligatoire pour l'enseignement théorique. C'est durant ce stage que le futur médecin entre en contact avec le malade et les conditions réelles des soins hospitaliers.

En prenant conscience de l'importance de l'observation médicale comme moyen d'apprentissage pratique durant le stage hospitalier, j'ai pris l'initiative d'établir ce travail.

Enfin j'espère que ce guide participe à la mise en place d'une conception claire de l'observation médicale.

Dr. Yassine Lemfadli

Sommaire

<i>Introduction</i>	5
<i>Etapes de l'observation médicale</i>	7
<i>Plan de l'observation médicale</i>	14
<i>Exemples d'observation médicale</i>	
■ <i>Oto-rhino-laryngologie</i>	28
■ <i>psychiatrie</i>	45
■ <i>Hématologie</i>	51
■ <i>Neurochirurgie</i>	58
■ <i>Rhumatologie</i>	64
■ <i>Gynéco-obstétrique</i>	70
■ <i>Neurologie</i>	74
■ <i>Gastrologie</i>	79
■ <i>Pédiatrie</i>	85
<i>Conclusion</i>	
<i>Remerciements</i>	

Les abréviations

A		P	
ADP	Adénopathie	PFP	Paralysie faciale périphérique
AEG	Altération de l'état général	PNI	Programme national d'immunisation
ALAT	Alanine amino-transférase	R	
ASAT	Aspartate amino-transférase	RCM	Réflexe cutané-plantaire
ATB	Antibiothérapie	ROT	Réflexe ostéo-tendineux
ATCD	Antécédent	RTH	Radiothérapie
AVC	Accident vasculaire cérébral	RHJ	Reflux hépato-jugulaire
B		S	
BPM	Battement par minute	SPM	Splénomégalie
BU	Bandelettes urinaires	SNC	Système nerveux central
C		T	
SCM	Muscle sternocleido-mastoidien	T ⁰	Température
CRP	C- réactive protein	TA	Tension artérielle
CTH	Chimiothérapie	TBK	Tuberculeuse
D		TDM	Tendomocitométrie
DDS	Distance doigt sol	TRC	Temps de recoloration cutané
DIU	Dispositif intra-utérin	TTT	Traitement
E		TV	Toucher vaginal
ECG	Eléctrocardiogramme	TVJ	Turgescence des veines jugulaires
F		V	
FC	Fréquence cardiaque	VADS	Voies aéro-digestives supérieures
FID	Fosse iliaque droite	VS	Vitesse de sédimentation
FIG	Fosse iliaque gauche	X	
FR	Fréquence respiratoire	XX	Patient
G		XY	Patiente
GCS	Glasgow coma scale	<div>"Ecoutez le malade, il va donner le diagnostic" Sir William Osler (1849-1919)</div>	
GEU	Grossesse extra-utérine		
GGT	Gamma –glutamyl-transférase		
H			
HPM	Hépatomégalie		
HTA	Hypertension artérielle		
I			
IRM	Imagreie par résonance magnétique		
IVL	Intraveineux lent		
M			
MCP	Métacarpien proximal		
MI	Membre inférieur		
MS	Membre supérieur		
N			
NFS	Numération formule sanguine		
NYHA	New York Heart Association		
O			
OMA	Otite moyenne aigue		
OMI	Œdème des membres inférieurs		

Introduction

C'est quoi une observation médicale ?

L'observation médicale est un outil de travail, rédigé par le médecin. Elle est utile pour la construction du diagnostic, l'élaboration de la prise en charge du patient et la transmission de l'information.

La construction de l'observation se fait en plusieurs étapes, développées plus loin:

- Recueil des données d'identification du patient.
- Interrogatoire : antécédents et histoire de la maladie
- Examen clinique (ou physique).
- Rédaction d'une conclusion clinique étape indispensable pour la construction du raisonnement diagnostique.
- Discussion des diagnostics
- Examens complémentaires éventuellement demandés
- Conclusion clinico-paraclinique
- Prise en charge thérapeutique
- Surveillance et suivi
- Pronostic
- Conclusion : intérêt de l'observation

Préliminaires :

Soyez présentable : propre et souriant !

Lavez-vous les mains, avant et après l'examen (et n'hésitez pas à le faire devant le patient, il se dira qu'en effet vous êtes un médecin soucieux de l'hygiène !)

Préparez vos instruments : on préfère toujours l'artisan bien équipé à celui qui vous demande si vous avez une perceuse à lui prêter !

Ayez à portée de main le matériel suivant :

- Stylo, papier.
- Stéthoscope, lampe, marteau, abaisse-langue.
- Montre (avec une trotteuse, c'est plus comode pour mesurer la fréquence cardiaque ou respiratoire).
- Dans le service : gants, diapason, doigtier, vaseline, tensiomètre, mètre ruban.

Lors du premier contact, **présentez-vous**, tel que vous êtes, étudiants en médecine !

Attention aux attitudes inadaptées, trop dominante (le malade se sentira terrifié), ou trop rapprochée (vous risquez d'alimenter un délire érotomane !)

Prenez dès le début l'habitude d'**écrire l'observation au chevet du patient**. Installez-vous confortablement, vous en avez pour plus d'une heure !

Vérifiez toujours l'identification de votre patient (le numéro de téléphone !)

Si vous étiez à la place du malade, dans quelle position préféreriez-vous être pour parler à votre médecin ?



Pas cool



Cool

Durant l'examen clinique, soyez à l'aise, économisez vos vertèbres ! (et faites attention au risque de chute pour votre patient haut perché !)



Etapas de l'observation médicale

1. INTERROGATOIRE

L'interrogatoire représente la base essentielle du diagnostic. Il demande au médecin du temps et de la disponibilité.

"Ecoutez le malade, il va donner le diagnostic" Sir William Osler (1849-1919)

Aucun examen complémentaire ne peut dispenser le médecin du temps qu'il doit prendre pour interroger un patient.

Un interrogatoire bien mené est indispensable à l'établissement d'une relation de confiance avec le patient.

Objectifs de l'interrogatoire :

- Recueillir les informations nécessaires au diagnostic :
 - motif de la consultation,
 - contexte (antécédent, mode de vie)
 - histoire de la maladie.
- Contribuer à l'interprétation de l'examen clinique et des examens complémentaires.
- Contribuer à la qualité de la relation médecin-malade !
 - Pour le malade : il préférera le médecin qui a pris le temps de l'écouter et de l'interroger.

Un entretien attentif peut même parfois avoir une réelle vertu thérapeutique.

- Pour le médecin : la qualité de la relation établie grâce à un bon interrogatoire participera à votre épanouissement professionnel ! (rien de pire qu'un médecin blasé qui s'ennui !!)

1.1.Modalités

L'interrogatoire doit être réalisé avec **respect**, **patience** mais aussi avec **fermeté**.

Utiliser un **discours très simple** de manière à être sûr que le patient répond en connaissance de cause (demander par exemple à un patient s'il a eu la jaunisse lorsqu'il ne comprend pas le mot hépatite).

Le médecin doit savoir **écouter**, **laisser parler**, **relancer**, **revenir sur certains points** pour les préciser, prendre en compte le **langage non verbal**.

Le malade peut, consciemment ou le plus souvent inconsciemment, brouiller les cartes, oublier un épisode du passé, interpréter les choses de manière erronée. **Il ne faut prendre en compte que les faits**, et donc s'attacher à les faire décrire par le patient.

L'abord des sujets « *sensibles* » (sexualité, intoxication, troubles psychiatriques, clandestinité...) doit se faire avec tact et respect, mais de manière directe, avec un discours explicite et sans jugement. Il peut être remis à la fin de l'examen.

Un bon interrogatoire ne laisse pas de place à l'interprétation ("*la malade a dit que..., j'en ai conclu que...*"), il ne recherche que des faits ("*voilà exactement ce qui est arrivé*") !

Attention !

Le patient n'est pas médecin, il ne sait pas ce qui est important à dire et ce qui l'est moins.

Donc vous ne pourrez pas dire « *le patient ne me l'a pas dit* ». Il faudra dire « *j'ai oublié de lui demander* »... !

Soyez le médecin que vous souhaiteriez avoir devant vous !

- Écoutant, attentif au malade.
- Compréhensif des inquiétudes et appréhensions du malade.
- Facilitant : "Ah oui", "Et alors ", hochements de tête.
- Restituant régulièrement ce qui a été compris de l'interrogatoire (pour montrer au patient que vous avez bien saisi les choses !).
- Réconfortant, faisant preuve d'empathie (il ne s'agit pas de pleurer avec le patient, mais de lui montrer que "je suis avec vous dans l'épreuve que vous traversez").

1.2. Motif de consultation

Etablir quel est le motif de consultation est une étape cruciale !

- Il s'agit de déterminer ce qui gêne le patient, ce qu'il souhaite que le médecin solutionne (que pourrait faire un garagiste de votre voiture, si vous ne lui expliquez pas le motif de votre venue ?!).
- C'est donc une plainte, un symptôme.
- Ce n'est jamais un diagnostic (même pas une suspicion de diagnostic) !!!

Attention !

La confusion entre **motif** de consultation et **diagnostic** est source d'erreur médicale !

Par exemple, le motif d'une hospitalisation ne peut être celui d'une « *pneumopathie* ». Le patient « *consulte pour une toux et de la fièvre* », et c'est au terme de la démarche médicale que l'on conclura à une pneumopathie, une péricardite ou une embolie pulmonaire !

1.3 Plan de l'interrogatoire

Renseignements d'ordre administratif

- Date (et identification de la personne ayant rédigé l'observation).
- Nom, prénom, sexe du patient.
- Pays et ville de naissance.
- Adresse et numéro de téléphone.
- Noms et coordonnées du médecin traitant et des divers médecins spécialistes prenant en charge le patient.

Antécédents

Il ne faut pas se contenter de demander au patient s'il a eu des maladies particulières, mais l'interroger en détail sur son passé. Il faut s'attacher à rechercher les événements facilement oubliés par le patient.

→ Antécédents chirurgicaux et traumatismes

- Rechercher les **interventions chirurgicales banales** : amygdales, végétations adénoïdes, appendicite.
- **Fractures** : sans oublier les traumatismes crâniens, les accidents de la voie publique...

· A la suite de ces interventions, rechercher des **complications** : nécessité de transfusion sanguine, phlébite, embolie pulmonaire, infection.

→ **Antécédents médicaux**

· **Enumérer successivement au patient les noms de maladies fréquentes** qu'il peut omettre de signaler: diabète, hypertension artérielle, asthme, phlébite, ulcère gastro-duodéal, tuberculose, psoriasis (en traduisant ces termes en langage accessible pour le patient).

· **Hospitalisations passées** : motif, date, lieu.

· **Maladie sexuellement transmissible**: si oui en préciser la nature, le type, le traitement et la durée de ce dernier.

· **Antécédent de dépression ou d'un autre trouble psychiatrique** : si oui, rechercher si le malade a été hospitalisé, s'il y eu une tentative de suicide.

· **Surcharge pondérale** : si oui, demander quel a été le poids le plus élevé au cours de la vie du patient, le poids habituel.

· **Surveillance médicale en médecine du travail** : anomalies constatées (tension artérielle, sucre ou albumine dans les urines, électrocardiogramme).

· **Contexte d'une maladie génétique, métabolique ou de l'évolution à l'âge adulte d'une maladie pédiatrique** : demander le carnet de santé retraçant l'enfance et l'adolescence.

→ **Chez la femme: antécédents gynécologiques**

· Date et éventuelles anomalies des premières règles.

· Régularité des cycles, durée et abondance des règles.

· Contraception orale ou autres modes de contraception.

· Nombre de grossesses, intervalle entre les grossesses.

· Interruptions volontaires de grossesse (mener l'interrogatoire avec tact et discrétion).

· Fausses couches spontanées: si oui en préciser le terme et les circonstances.

· Pendant la grossesse, rechercher la survenue d'éventuelles anomalies: hypertension artérielle, albuminurie, cystite, pyélonéphrite.

· L'accouchement a-t-il eu lieu à terme, par voie basse ou a-t-il nécessité une césarienne, une épisiotomie et une réfection périnéale.

· Déterminer le poids du nouveau-né à la naissance et la notion d'éventuels incidents.

· Après la grossesse, y a-t-il eu des complications: phlébite, embolie pulmonaire, varices des membres inférieurs, abcès du sein.

→ **Antécédents allergiques**

· **Terrain atopique** : antécédents d'asthme, d'eczéma ou de rhinite allergique.

· **Accidents allergiques passés** : s'il existe un antécédent d'accident allergique vrai (pénicilline, produit de contraste iodé, aspirine), il doit être inscrit sur la couverture de l'observation médicale et sur la pancarte du malade, de manière à en informer tout prescripteur potentiel.

→ **Antécédents familiaux**

- Parents, frères et soeurs, enfants: maladies qu'ils ont présentées, âge et cause de leur décès le cas échéant.

→**Traitements suivis**

- Absorption de médicaments : demander au patient ses ordonnances, ne pas oublier de l'interroger sur les médicaments achetés sans ordonnance
- Vaccinations à jour ?

→**Habitudes et mode de vie**

L'histoire de la maladie ne suffit pas, il faut aussi l'histoire du malade !

- Profession : exposition toxique, stress, chômage.
- Toxicomanie, alcoolisme, tabagisme (si le patient dit ne pas fumer, bien vérifier qu'il n'a pas arrêté récemment).
- Séjour en zone tropicale.
- Présence d'animaux au domicile.
- Orientation sexuelle.
- Habitudes alimentaires particulières (sans sel, végétarien...).
- Logement: hygiène, promiscuité, avec ou sans ascenseur.
- Prise en charge sociale, revenus.
- Si le malade n'est pas né en France: lieu de naissance, année d'arrivée en France, date du dernier voyage au pays.
- Animal de compagnie.

Histoire de la maladie

Le recueil de l'histoire de la maladie décrit le motif de consultation (problème qui a amené le malade à demander un avis médical).

Si le patient n'est pas en mesure de raconter son histoire, il faut contacter son entourage pour obtenir les informations (famille, voisins, médecin traitant, etc...).

Attention !

Il n'y a pas de bonne médecine sans une histoire claire de la maladie.

Préciser les symptômes selon 7 critères :

Localisation des troubles.

1. Début : quand, occupation du patient lors de la survenue des troubles, installation brutale ou progressive.
2. Qualité des troubles.
3. Rythme, durée des manifestations.
4. Intensité, retentissement sur le quotidien.
5. Facteurs qui aggravent et soulagent.
6. Manifestations associées.

3. EXAMEN PHYSIQUE

Examen général :

- Mesurer
- Taille.
- Poids.
- Température.
- Fréquence respiratoire.
- Avant de commencer l'examen physique appareil par appareil (avant de toucher le patient), il est indispensable de prendre le temps d'observer le patient.

"Ne touchez pas le malade, notez d'abord ce que vous voyez ; développez votre sens de l'observation."

Sir William Osler (1849-1919).

- Pâleur.
- Ictère.
- Cyanose.
- Marbrures.
- Sueurs.
- Etat de vigilance.
- Attitude : prostration, tristesse, agitation...
- Etat d'hygiène.
- Degré d'autonomie : patient capable de se lever et de marcher seul ?
- Dysphonie, bruits respiratoires.
- Odeurs.

Examen des différents appareils :

1. Examen cardiovasculaire.
2. Examen pulmonaire.
3. Examen de l'abdomen.
4. Examen neurologique.
5. Examen ostéoarticulaire.
6. Examen uronéphrologique.
7. Examen gynécologique, seins.
8. Examen cutanéomuqueux et des phanères.
9. Examen des aires ganglionnaires.
10. Examen endocrinologique, aire thyroïdienne.
11. Examen ophtalmologique.
12. Examen otorhinolaryngé et stomatologique.
13. -Examen psychiatrique

En cas de pathologie aigue d'organe, on commence par l'examen de cette région. Dans les autres cas, l'examen peut être mené de façon systématique, appareil par appareil, ou de façon topographique (de la tête aux pieds).

Pour chaque système, l'examen physique se fait selon la même séquence :

- ➡ Inspection.
- ➡ Palpation.
- ➡ Percussion.
- ➡ Auscultation.

4-CONCLUSION CLINIQUE :

Elle s'agit d'une synthèse des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique on adapton une approche syndromique(rassembler les données cliniques sous forme de syndromes).

5-LA DISCUSSION DES DIAGNOSTICS A EVOQUER :

- Selon la probabilité clinique qui prend en considération la gravité et la fréquence de la pathologie : on commence par le diagnostic le plus fréquent et le plus grave
- On doit préciser pour chaque diagnostic les éléments cliniques en faveur et les éléments contre.

6-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Comme pour l'examen clinique, il existe une véritable sémiologie des examens biologiques, instrumentaux ou d'imagerie auxquels les techniques modernes nous donnent accès.

Les examens complémentaires ne doivent donc être prescrits qu'en fonction des données recueillies après un interrogatoire fouillé et un examen clinique solide.

Attention !

L'utilisation de la technologie ne doit avoir pour unique but que d'améliorer les données cliniques et en aucun cas de les remplacer.

7-CONCLUSION CLINIQUE-PARACLINIQUE :

Elle s'agit d'une synthèse des résultats des investigations cliniques et paracliniques ou on doit retenir un diagnostic parmi les diagnostic déjà évoquer à l'étape clinique.

8-LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

a. but :

- on doit préciser les objectifs du traitement de la phologie en question.

b. moyens :

- on doit énumérer les différents moyens disponible à notre disposition pour traiter le patient : moyens médicaux(traitement médicamenteux, radiothérapie, chimiothérapie ou autres), chirurgicaux, les mesures hygiéno-diététique, voir abstinence et surveillance.

c. les indications :

- En fonction du patient et du stade de la pathologie, on opte pour des tels moyens du traitement.

d. surveillance :

- Immédiate (post-opératoire en cas de chirurgie), à court terme ,à moyen terme et à long terme.
- Elle doit être toujours clinique et paraclinique si besoin.

9-LE PRONOSTIC :

On doit approcher le pronostic de notre patient :bon, mauvais ou intermédiaire.

10-MORALITES :

On précise l'intérêt de l'observation médicale et les réflexes qu'il faut retenir.

Plan de l'observation médicale

Date.

- Nom de la structure hospitalière
- identification du médecin ou de l'étudiant ayant rédigé l'observation.

I-IDENTITE :

Nom et prénom du patient et ses coordonnées.

II-MOTIF DE CONSULTATION : (un ou plusieurs symptômes).

III-ANTECEDENTS

➔ Personnels :

- Chirurgicaux.
- Médicaux.
- Toxiques et Allergiques : alcool, Tabac , Allergies médicamenteuses ou autres
- Médicamenteux : Traitements habituels ou occasionnels.
- Gynéco-obstétricaux (sans oublier la date des dernières règles !).

➔ Familiaux (premier degré).

IV-HISTOIRE DE LA MALADIE

Localisation des troubles. Début : Quand (date, heure) ? Occupation lors de la survenue des troubles.

Mode d'installation, facteur déclenchant. Rythme, durée. Qualité des troubles. Intensité, sévérité, retentissement sur le quotidien. Facteurs qui aggravent et soulagent. Manifestations associées.

V-EXAMEN CLINIQUE

A-EXAMEN GENERAL :

La conscience, la stabilité hémodynamique et respiratoire

Les constantes vitales :La tension artérielle, Température. Fréquence respiratoire, Fréquence cardiaque,Taille. Poids.

L'état générale :déshydratation, signes de choc,les conjonctives.....

B-L'EXAMEN DE L'APPAREIL CONCERNEE PAR LE MOTIF DE CONSULTATION :

Par exemple : devant une douleur abdominale,l'examen abdominal doit être le premier après l'examen général puis l'examen des autres appareils en fonction de la priorité symptomatique.

C-EXAMEN DES AUTRES APPAREILS :

1. Examen cardiovasculaire.

Inspection

- déformations thoraciques
- cicatrice chirurgicale thoracique
- d'oedème des membres inférieurs
- circulation collatérale veineuse thoracique
- turgescence des veines jugulaires

Palpation

- Choc de pointe en place, punctiforme
- signe de Harzer
- le reflux hépato-jugulaire

Percussion

- Sonorité précordiale normale ou non

Auscultation :

- Rythme du cœur régulier ou non
- B1 et B2 bien perçus en place
- Existence ou non d'un bruit ou d'un souffle surajouté
- Examen des axes vasculaires

Pouls périphériques : présents et symétriques ou non

2. Examen pleuro-pulmonaire :

Inspection :

- thorax symétrique ou non
- présence d'une cicatrice chirurgicale thoracique ou non

Palpation :

- vibrations vocales bien transmises ou non

Percussion :

- sonorité thoracique/ matité ?

Auscultation:

- Le murmure vésiculaire est bien perçu ou non
- Présences de rales ou non

3. Examen de l'abdomen :

Inspection :

- Abdomen respire normalement ou non ,
- Presence d'une distension abdominale
- Présence de points de feux
- Cicatrice de cholécystectomie
- Presence d'une circulation veineuse collatérale abdominal ou non
- Presence d'une voussures ou d'une déformation

Palpation :

- Abdomen souple ou non
- Présence d'une défense ou d'une contracture

- Presence d'une sensibilité
- Presence d'une hépatomégalie ,si oui :mesure de la flèche hépatique
- Présence d'une splénomégalie
- Presence d'une autre masse abdominale
- Palpation des orifices herniaires .

Percussion :

- Presence d'un hyper-tympanisme, ou d'une matité:des flancs ou diffuse

Auscultation :

- Bruits hydro-aériques : absent ou présents
- Présence d'un souffle abdominal

Touchers pelviens :

- **Toucher rectal:** presence des formations extériorisées (hémorroïdes ou autres) ,tonus sphinctérien, ampoule rectale vide ou non, présence d'un fécalome,d'une masse endorectale, palpation de la prostate et base de la vessie , état du doigtier(souillé ou non), Cul de sac de Douglas(cri de Douglas)
- **Toucher vaginal chez la femme**

4. Examen de l'appareil urinaire :

N.B : L'examen se fait en décubitus dorsal sauf pour la recherche de varicocèle ou il se fait en position debout.

Examen des fosses lombaires :

- Recherche d'une voussure lombaire,d'une cicatrice chirurgicale
- Recherche d'un contact lombaire : La masse est au contact de la paroi postérieure, bien perçue par la main lombaire.
- Rechercher un ballotement rénal : les impulsions données par la main antérieure sont transmises à la main postérieure
- Rechercher le signe de Giordano: empatement douloureux à la percussion lombaire (orienté vers une PNA!)

Examen des uretères :

Palpation des 3 points urétéraux : les endroits de rétrécissement urétéraux
la jonction pyélo-urétérale, fosse iliaque, jonction urétéro-vésicale.

Examen de l'hypogastre :

Recherche d'un globe vésical : masse hypogastrique mate à bord supérieur convexe

Examen des organes génitaux externes :

- La verge : position du méat urétral, écoulement urétral, un oedème ou hématome du fourreau de la verge, une induration du corps caverneux .
- Scrotum et contenu : aspect de la peau scrotale, cryptorchidie, hydrocèle, une hernie inguino-scrotale ou un varicocèle (remplissage des veines scrotales à la palpation debout avec effort de toux). L'examen de l'épididyme
- Cordon spermatique : volume et consistance, le déférent (Diamètre ; régularité, varicocèle)
- Translumination: systématique pour toute masse scrotale:
Negative=masse tissulaire : tumeur du testicule
Positive =masse liquidienne
- Chez la femme: Aspect des grandes et petites lèvres , aspect du meat urethral, existence de brides hyménales.

Toucher rectal :

- Le tonus axial :atonie d'origine neurologique
- L'état de la prostate :normalement petite saillie palpable à 2 cm au dessus de la marge anale, la prostate peut être :augmentée de taille souple et indolore(hypertrophie bénigne), douloureuse(prostatite), dure et irrégulière(cancer de la prostate)
- La base de la vessie : molle ou indurée
- Lés vésicules séminales :palpables si pathologiques

Toucher vaginal chez la femme :

Examen des aires ganglionnaires inguinales : Adénopathies inguinales

Examen de la miction:

- Le jet urinaire (dysurie)
- Anomalie du volume urinaire
 - Polyurie : Débit urinaire > 3L / 24h
 - Oligurie : Débit urinaire < 0,4 L / 24h
 - Anurie : Diurèse < 0,1 L / 24 h
- Anomalie de l'aspect des urines :Urines rouges =Hématurie .Urines troubles =Pyurie .Urines lactescentes=Chylurie

5. Examen otorhinolaryngé et stomatologique :

■ Examen otologique :

- **Pavillon de l'oreille et CAE** : la recherche d'une malformation ou de lésions cutanées telles une dermite ou encore la présence de vésicules pouvant diagnostiquer un zona. L'examen du pli rétro-auriculaire peut nous amener à suspecter une Mastoïdite. une cicatrice dans la région du pli auriculaire peut être le témoin d'une tympanoplastie antérieure. Une douleur à la pression du tragus est évocatrice d'une otite externe .

-Données de l'examen otoendoscopique:

- **Méat auditif externe** :à la recherche d'un œdème ou d'une otorrhée(otite externe),un bouchon de cérumen, un rétrécissement du conduit auditif externe voir la présence d'une tumeur au niveau de ce dernier.

- **Membrane du tympan (membrana tympani)** : à la recherche d'une perforation tympanique, d'une poche de rétraction, d'un cholestéatome, otite moyenne aigue ou otite sérumuqueuse.

■ **Examen des fosses nasales et du cavum:**

- **Rhinoscopie antérieure** : permet d'objectiver des déformations architecturales, des atteintes inflammatoires ou infectieuses, et la présence de formations tumorales bénignes ou malignes.
- **Nasofibroscopie** : permet une excellente analyse du cavum et du pharyngolarynx en cas de nécessité.

■ **Examen cervical :**

- l'examen de la région périauriculaire : parotide, articulation temporo-mandibulaire, région mastoïdienne et sous-digastrique.
- Examen de la thyroïde
- Examen des aires ganglionnaires cervicales

■ **L'examen de la cavité buccale et de la denture**

■ **L'examen neurologique cervico-facial : examen des paires crâniennes**

6. Examen neurologique.

• **Etude de la motricité :**

- **Etude de la station debout** : Patient yeux ouverts puis fermés. Station debout:stable ou instable.
- **Etude de la marche : les anomalies de la marche :**
 - **Marche ébrieuse**=déviations dans tous les sens->atteinte vestibulaire bilatérale
 - **Marche parkinsonienne** : rigidité , marche en bloc penchée en avant , à petits pas
 - **March avec steppage** : atteinte du muscle ou du nerf releveur -> pied tombant
 - **Marche dandinante** : déficit de la ceinture pelvienne
 - **Marche talonnante** : pas de sensation du sol ->atteinte de la sensibilité profonde
 - **Marche en fauchage** : membre raide
 - **Demi-tour décomposé** : atteinte cérébelleuse
- **Recherche du signe de Romberg** : Patient ferme ses yeux
 - Si oscillation + chute = Romberg (+)
 - Si oscillation d'avant en arrière = atteinte proprioceptive
 - Si oscillation latérale = atteinte vestibulaire
 - Si oscillation sans chute = Romberg (-) = atteinte cérébelleuse
- **Etude des forces musculaires :**

Globales:

 - Epreuve de Barré pour le MS : bras tendu à l'horizontal , si chute : sd pyramidal
 - Epreuve de Mingazini pour le MI : décubitus dorsal+cuisse fléchis+ jambe maintenue à l'horizontal

Segmentaires: Comparative des 2 membres

 - MS : mouvements du poignet , serrer la main
 - MI : dorsi-flexion , flexion de la jambe sur la cuisse
- **Etude du tonus :**

- Tonus d'attitude : position debout
- Tonus d'action : avec la marche
- Mobilisation passive des membres
- Hypotonie : épreuve de Stewart Holmes = tirer contre une résistance et relâcher
- Hypertonie : membre très contracté (spastique , plastique)
- **Étude des réflexes :**
 - **Réflexes ostéo-tendineux :** Si reflexes abolis : soit la racine soit le muscle est atteint.
 - **Réflexes cutanéomuqueux :**
Signe de Babinski : réponse en extension du gros orteil avec écartement des 4 derniers orteils .Signe spécifique d'une atteinte pyramidale avec : ROT vifs , poly cinétique et diffuses.
 - **Réflexes végétatifs:** Reflexe oculo-cardiaque vagal par compression des globes oculaires.
- **Étude de la sensibilité :** Toute l'asensibilité dermatome par dermatome
- ✓ **Étudier :**
 - La sensibilité tactile fine : tact s'explore à l'aide d'un coton effleurant la peau
 - La sensibilité thermo algique
 - La sensibilité douloureuse: étudiée à l'aide d'une piqure d'épingle
 - La sensibilité proprioceptive: indiquer le sens du déplacement passif que l'on fait subir au gros orteil
- ✓ **Résultats :**
 - anesthésie , Hypoesthésie ,Hyperesthésie
 - une anesthésie en chaussettes et en gants évoque une atteinte tronculaire.
 - Syndrome alterne : atteinte d'un hémicorps et de l'hémiface opposé
- **Étude de la coordination :**
 - ✓ **Epreuve du doigt nez:**
Dans l'espace :
 - dysmétrie : malade dépasse la cible
 - Hypermétrie : malade dépasse le mouvement*Dans le temps :*
 - Dyschronométrie : différence de la vitesse à droite et à gauche
 - Dysrythmie
 - Articulation verbale : dysarthrie
 - ✓ **Epreuve talon genou :** Rechercher une incoordination au niveau du membre inférieur
- **Examen des paires crâniens :**

1)Nerf olfactif: son atteinte donne : anosmie , hyposmie , hyperosmie

2)Nerf optique : son atteinte donne une diminution de l'AV

3)Nerf oculomoteur commun :

- son atteinte complète : ptosis , myosis , strabisme externe (globe dévié vers le dehors)

- Son atteinte partielle: diplopie ,mydriase unilatérale

4)Nerf pathétique: son atteinte : déficit d'abaissement et d'adduction de l'œil

6)Nerf oculaire externe : son atteinte : strabisme convergent

5)Nerf trijumeau : son atteinte : myosis serré , reflexe photo moteur aboli , reflexe consensuel conservé

7)Nerf facial :

signe de Charles Bell (+): impossibilité de fermer l'œil du coté atteint +Asymétrie du sillon nasogénien

Signe de Charles Bell (-): Asymétrie du sillon +Attraction de la bouche vers la partie saine

L'atteinte du nerf facial donne:

- Insensibilité au niveau de la zone Ramsay Hunt
- Altération de la sécrétion salivaire et lacrymale
- Hyper acousie douloureuse (paralysie de l'étrier)

8)Nerf cochléo-vestibulaire:

Si atteinte : hypo/hyperacousie , Sd vestibulaire périphérique

9)Nerf glosso-pharyngien :

Si atteinte : **signe de Rideau** ->obstruction de la lumière du pharynx par paralysie du muscle constricteur
+abaissement de la langue + luvette déviée vers le coté sain

10)Nerf vague :

Si atteinte : aphonie ou voix bitonale
troubles de la déglutition
Réflexe nauséeux aboli

11)Nerf spinal :

- Innervation des muscles laryngés (portion bulbaire)
- Innervation du trapèze et le SCM
- Si atteinte : incapacité à soulever les épaules

12)Nerf grand hypoglosse : Chercher une atrophie linguale

- *Etude des fonctions supérieures :*

tester:le langage,la mémoire , l'orientation spacio –temporelle ,comportement et la thymie

7. Examen ostéoarticulaire

- Patient dévêtu, debout, en décubitus de façon comparative
- **Examen des membres supérieurs et inférieurs: bilatéral et comparatif**
 - **Inspection:** rechercher :
 - une déformation .
 - une inflammation.
 - une plaie, cicatrice
 - anomalie des reliefs osseux ou attitude antalgique.
 - **Palpation :** rechercher:
 - douleurs à la palpation articulaire, des masses musculaires ou osseuses.
 - limitation des amplitudes articulaires à la mobilisation active et passive (raideur),
 - rechercher un choc rotulien , synovites.
 - une amyotrophie.

- **Squeeze test** : une douleur à la compression latérale des (MTP) ou des (MCP)
- **Examen de la hanche** : rechercher:
 - marche avec boiterie : esquivé du pas du côté atteint ou par perte du pas postérieur
 - Attitude vicieuse : flexum , attitude en rotation externe du membre inférieur
 - Manoeuvre de Trendelenburg : bassin et fesse tombent du côté opposé à l'appui.
 - *syndrome clinostatique* : impossibilité de décoller le MI tendu du plan du lit ⇒ atteinte du cotyle.
 - *Manoeuvre du salut coxal* : impossibilité de maintenir le MI tendu à 30° du plan du lit.
- **Examen du genou:**
 - La recherche d'un épanchement (*le choc rotulien*)
 - *Signe du Rabot*: perception d'un craquement lors des mouvements de flexion extension(arthrose)
- **Examen du rachis:**
 - • Rachis cervical : Evaluation des secteurs de mobilité
 - • Rachis dorsal: ampliation thoracique
 - • Rachis lombaire: Signe de Schöber, distance doigt sol (DDS)
- ✓ **Syndrome rachidien**
 - Attitude antalgique: déviation latérale (directe ou croisée)
 - Contracture musculaire para-vertébrale
 - Raideur segmentaire
 - *Signe de la sonnette* (pression paravertébrale à la hauteur de la racine touchée reproduit la douleur).
- ✓ **Syndrome radiculaire**
 - Rachis lombaire: Signe de Lasègue, signe de Leri
 - Rachis cervical: Roger-Bikilas
- **Examen des sacro-iliaques** :rechercher
 - Une douleur à la pression des sacro-iliaques
 - Trépied douloureux ou non.
 - Patrick test
 - Manœuvres d'ouverture - fermeture des sacro-iliaques

8. Examen gynécologique, seins.

Touchant l'intimité même de la femme, il est souhaitable de commencer l'examen gynécologique par un examen général avant d'aborder l'examen gynécologique lui-même. Ce dernier sera réalisé tout en expliquant et en commentant, pour permettre à la patiente de se détendre. Un bon relâchement étant indispensable à la réalisation d'un examen complet. Rappelons que l'examen gynécologique doit être réalisé vessie vide et au mieux rectum vide également.

■ L'examen abdominal

En décubitus dorsal, jambes allongées puis semi-fléchies, paroi abdominale bien relâchée.

- **l'inspection** fait un inventaire des cicatrices faisant préciser à nouveau les interventions correspondantes. L'orifice ombilical, la région sus pubienne et les orifices hernières seront étudiés avec minutie,

- **la palpation** comporte notamment la recherche d'un syndrome tumoral abdomino-pelvien, d'une douleur abdomino-pelvienne et d'une anomalie des fosses lombaires,

- **la percussion** a moins d'intérêt.

■ L'examen périnéal

C'est le premier temps de l'examen gynécologique proprement dit, il est réalisé en position gynécologique, d'abord au repos puis éventuellement lors d'efforts de poussée. On notera :

- Les signes d'imprégnation hormonale réglant la trophicité des organes génitaux externes et le développement des caractères sexuels secondaires : pilosité, pigmentation, développement des grandes lèvres et du clitoris (sous la dépendance des androgènes) et des petites lèvres (sous la dépendance des estrogènes).
 - La présence d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux ou des glandes de Skene et de Bartholin.
 - L'existence de séquelles obstétricales à type de déchirure, d'épisiotomie ou de fistule.
- La distance ano-vulvaire est également un élément important à noter.

■ *L'examen pelvien*

Il commence par l'examen au speculum et ensuite par le toucher vaginal.

L'examen au spéculum

Préalablement lubrifié de sérum physiologique (jamais d'antiseptiques ni de corps gras), le spéculum est introduit de façon atraumatique. Les bords des lames fermées prennent appui sur la fourchette vulvaire après ouverture de la vulve par écartement des petites lèvres. Les valves sont donc placées verticalement dans l'axe de la fente vulvaire. Puis en poussant le spéculum, on fait une rotation de 90° sur l'horizontal en visant une direction à 45° du plan de la table vers la pointe du sacrum. Arrivé au contact du col, le spéculum est ouvert, le col doit être bien visible. Si le col n'est pas vu, il faut prendre un spéculum plus long.

L'examen au spéculum doit souvent être précédé d'un nettoyage à la compresse sèche (au bout d'une pince) des sécrétions vaginales. On peut alors observer :

Le col utérin :

Il est petit, conique avec un orifice punctiforme chez la nullipare, plus ou moins gros et déchiré chez la multipare. La zone de jonction squamo-cylindrique entre muqueuses de l'endo- et de l'exocol est parfois visible spontanément, parfois elle est remontée dans l'endocol chez la femme ménopausée.

L'examen de la glaire cervicale :

C'est un examen simple, praticable au cabinet du médecin, et fournissant des renseignements importants en particulier dans les explorations de stérilité. Le moment privilégié de l'examen de la glaire cervicale se situe au point le plus bas de la courbe thermique, dans les 24 heures précédant l'ovulation. C'est alors que l'on peut apprécier au mieux ses caractères physiologiques. La glaire cervicale est une sécrétion :

- abondante,
- claire, transparente comme de l'eau de roche,
- filante, se laisse écarter sans se rompre, entre le mors d'une pince longuette,
- son pH est supérieur à 7, alcalin,
- au microscope, elle est acellulaire,
- elle cristallise en feuilles de fougère, à la dessiccation lente.

Le vagin

Il est examiné en retirant le spéculum. On note sa trophicité, on recherche des leucorrhées, des irrégularités, voire des malformations du vagin. L'étude du vagin est également capitale dans les prolapsus.

Le toucher vaginal

Définition

C'est l'introduction de deux doigts dans le vagin, il permet, couplé au palper abdominal, d'explorer la cavité pelvienne.

Technique

On utilise deux doigts (index et médus) ou un seul en cas d'atrophie vaginale (l'index), protégés par un doigtier stérile à usage unique.

Pour que l'exploration soit la plus profonde possible, il faut que le maximum de longueur digitale soit utilisable.

Résultats

Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
- Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
- Le vagin et son cul de sac postérieur répondant au cul de sac de Douglas,
- Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité,
- Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers les culs de sac vaginaux latéraux.

Limites

Le TV est limité par :

- Le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
- Les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,
- En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente,
- Enfin, chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

Le toucher rectal

Il n'est pas systématique, il peut être utile de le combiner au TV dans certaines situations (prolapsus, endométriose...). Il peut également rendre des services quand l'examen vaginal est peu performant (vierge, femme âgée).

■ **L'examen sénologique :**

L'inspection

- Les dissymétries : on recherchera dès l'inspection une dissymétrie des deux seins dans leur taille et leur forme,
- Les anomalies de forme du sein : certaines tumeurs déforment le sein,
- Les anomalies cutanées : il peut exister des phénomènes dits " de peau d'orange " ou des zones inflammatoires rougeâtres,
- Les anomalies de l'aréole : l'existence d'un mamelon ombiliqué, d'un aspect d'eczéma du mamelon.

La palpation

Elle doit être réalisée mains réchauffées, bien à plat en faisant rouler la glande sur le grill costal. Elle doit être méthodique, quadrant par quadrant, la topographie des éventuelles anomalies doit être précisée. On recherchera les nodules, les zones empâtées correspondant à de la mastose. Les zones douloureuses seront également répertoriées.

Il est parfois utile de rechercher un écoulement mamelonnaire, par pression du sein. La palpation des seins doit être accompagnée de la palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires.

9. Examen cutanéomuqueux et des phanères.

Le but de l'examen dermatologique est de définir la lésion élémentaire, caractéristique de la dermatose, qui correspond aux lésions les plus précoces, idéalement non modifiées par les différents traitements locaux, le grattage ou la surinfection locale. En cas de lésions polymorphes, il peut exister plusieurs lésions élémentaires associées correspondant au même processus lésionnel initial, l'association de différentes lésions élémentaires se faisant parfois de façon préférentielle. L'analyse clinique d'une éruption doit aboutir à une sélection entre la (ou les) lésion(s) élémentaire(s) et les lésions élémentaires secondaires. Ces dernières représentent l'évolution naturelle ou compliquée d'une lésion élémentaire, sont souvent plus nombreuses et sont sans spécificité.

L'inspection

Le médecin doit s'imposer des conditions d'examen rigoureuses : le diagnostic d'inspection rapide n'a aucune fiabilité.

Le patient, détendu, doit être examiné dans un endroit correctement éclairé, de préférence en lumière du jour.

L'ensemble du revêtement cutané est examiné, sans omettre les plis et les régions palmo-plantaires, ainsi que les cheveux, les ongles et les muqueuses externes (buccale, conjonctivale, nasale, ano-génitales).

Certains accessoires sont utiles pour un examen de qualité :

une loupe, une lampe (frontale ou de type Maglite) ou un abaisse-langue. L'examen à la lumière de Wood (lumière ultraviolette d'une longueur d'ondes d'environ 360 nm) est utile pour l'analyse des lésions dyschromiques et dans certaines dermatoses infectieuses (exemple : teignes). Il se réalise à l'abri de la lumière, dans une pièce noire.

La palpation

Elle se fait à main nue, ou protégée par un gant d'examen (en cas de lésion ouverte, ulcérée, infectieuse ou surinfectée).

Elle permet d'apprécier le relief superficiel d'une lésion (exemple : papule) ou son infiltration (exemple : nodule).

La vitropression

Pratiquée avec un verre de montre ou une lame de verre, elle permet de collaber les capillaires de la peau. Elle permet de différencier une simple macule érythémateuse, due à une simple congestion vasculaire (qui disparaît à la vitropression), d'un purpura (qui persiste à la vitropression).

Le curetage

Le grattage doux à l'aide d'une curette, d'un vaccinostyle, voire d'une spatule en bois, permet d'analyser l'épaisseur et l'adhérence des lésions squameuses. Le curetage permet aussi de détacher les croûtes (recherche d'une lésion élémentaire sous-jacente).

La friction

Réalisée à l'aide d'une pointe mousse, elle permet de mettre en évidence :

- un dermographisme (papule œdémateuse provoquée par la friction d'une peau saine : correspond à une urticaire physique)
- un signe de Darier (papule œdémateuse provoquée par la friction d'une macule pigmentée : spécifique d'une mastocytose cutanée)
- un signe de Nikolski (décollement bulleux provoqué par la friction douce d'une peau saine : dans le syndrome de Lyell, le pemphigus ou les épidermolyses bulleuses).

L'examen dermatologique doit aussi décrire la topographie, la distribution et l'étendue de la dermatose.

Le siège d'apparition peut être évocateur : par exemple, les zones découvertes évoquent un déclenchement par le soleil au cours des photodermatoses.

Certaines dermatoses (comme le psoriasis) ont tendance à se produire sur des zones de peau traumatisées, le long d'une strie ou grattage ou bien d'une cicatrice chirurgicale. Ce phénomène est appelé phénomène de Koebner.

Selon l'étendue, généralisée ou localisée, des groupes de diagnostics peuvent être préférentiellement évoqués.

Le siège des lésions, leur caractère symétrique, leur topographie élective (zones déclives, plis de flexion) sont aussi des arguments d'orientation utiles pour de nombreuses maladies cutanées.

Enfin, l'examen dermatologique doit préciser s'il existe un éventuel **regroupement** par la coalescence de lésions élémentaires de même nature. Celles-ci peuvent en effet s'agencer selon différents modes :

- en placard : nappe de plusieurs cm ou dizaine de cm.
- linéaire : selon une ligne droite ou brisée (aspect serpigineux)
- annulaire : anneau complet .
- arciforme : anneau incomplet .
- polycyclique : plusieurs cercles confluent ou concentriques.
- en cocarde : aspect de cible .

10. Examen de la thyroïde :

L'examineur se place derrière le patient assis sur une chaise

- **A l'inspection:** la tête est en discrète extension, on recherche une cicatrice, une inflammation, une tuméfaction, une circulation collatérale
- **A la palpation:** la tête est fléchie, on palpe avec la pulpe des doigts
 - La thyroïde est normalement non palpable
 - On cherche une masse thyroïdienne *mobile à la déglutition*
 - On détermine le volume du goitre, sa consistance, son homogénéité, sa sensibilité, sa vascularisation, son caractère plongeant, la présence d'un « Thril » vasculaire
- **A l'auscultation,** on recherche un souffle vasculaire

11. Examen ophtalmologique.

Il doit être précédé par un interrogatoire minutieux précisant le(s) trouble(s) oculaire : douleur oculaire, rougeur oculaire, une baisse de l'acuité visuelleetc.

■ mesure de l'acuité visuelle

La mesure de l'acuité visuelle, qui est couplée à une étude de la réfraction, est réalisée séparément pour chaque oeil, et à deux distances d'observation:

- **de loin**, où l'échelle de lecture est placée à cinq mètres, l'acuité étant chiffrée en 10èmes : l'échelle la plus utilisée est l'échelle de Monoyer utilisant des lettres de taille décroissante permettant de chiffrer l'acuité visuelle de 1/10ème à 10/10èmes.
- **de près** où l'échelle de lecture, qui comporte des caractères d'imprimerie de tailles différentes, est placée à 33 cm. L'échelle la plus utilisée est l'échelle de Parinaud, qui est constitué d'un texte dont les paragraphes sont écrits avec des caractères de taille décroissantes ; l'acuité visuelle de près est ainsi chiffrée de Parinaud 14 (P 14) à Parinaud 1,5(P 1,5), la vision de près normale correspondant à P2.

L'acuité visuelle doit toujours être mesurée sans correction, puis avec correction optique éventuelle d'un trouble de la réfraction ou *amétropie*.

■ examen du segment antérieur : examen direct ou examen à la lampe à fente (bimicroscope).

- examen de la conjonctive
- examen de la cornée
- examen de l'iris
- examen de la chambre antérieure

■ mesure de la pression intraoculaire (PIO) ou tonus oculaire (TO). Elle peut être effectuée de deux façons :

- soit à l'aide d'un tonomètre à aplanation installé sur la lampe à fente : son principe est de déterminer le tonus oculaire en appliquant une dépression sur la cornée.
- soit, de plus en plus couramment, à l'aide d'un tonomètre à air pulsé.

- le tonus oculaire normal se situe le plus souvent entre 10 et 20 mm Hg ; on parle d'hypertonie oculaire pour une pression intraoculaire > 22 mm Hg.
- le tonus oculaire peut être également apprécié par la palpation bidigitale : elle ne donne cependant qu'une approximation et n'a en pratique de valeur qu'en cas d'élévation très importante du tonus oculaire.
 - **gonioscopie :**
on pratique parfois un examen de l'angle irido-cornéen ou gonioscopie qui est réalisée à la lampe à fente à l'aide d'un verre de contact comportant un miroir permettant d'apprécier les différents éléments de l'angle irido-cornéen.
 - **examen du fond d'oeil**
méthodes d'examen :
 - l'ophtalmoscopie directe à l'ophtalmoscope à image droite
 - l'ophtalmoscopie indirecte ou ophtalmoscopie à image inversée
 - la biomicroscopie du fond d'oeil
 - les éléments à examiner au fond d'oeil :**
 - examen du pôle postérieur : il présente à décrire trois éléments principaux : la papille, les vaisseaux rétiniens et la macula:
 - examen de la rétine périphérique (partie la plus antérieure de la rétine) :
Il n'est réalisé que dans des circonstances particulières, telles que la suspicion d'un décollement de rétine ou la recherche de lésions favorisant sa survenue ; la périphérie rétinienne ne peut être examinée que par l'ophtalmoscopie indirecte ou la biomicroscopie.

12. -Examen psychiatrique

- Conscience, orientation temporo-spaciale , score de Glasgow.
Stabilité hémodynamique et respiratoire
- **Présentation :**
 - La tenue : négligence vestimentaire ou non
 - La thymie
 - Agitation psychomotrice
 - Le contact
- **Analyse des conduites instinctuelles :**
 - Alimentation
 - Sommeil
 - Conduites sexuelles
 - Conduites sphinctériennes
- **Analyse des conduites sociales :**
 - Fugues , voyages pathologiques ou vols pathologiques
 - tentatives de suicides ou menaces suicidaires s
 - Bagarres et agressivité envers la famille et l'entourage
- **Fonctions supérieures :**
 - **Fonctions symboliques :**
 - Langage : rythme , cohérence , aphasie ou dysarthrie
 - Gnosie et praxie :
 - **Fonctions mnésiques**
 - **Fonctions de la pensée et du jugement**

-
- Cours de la pensée
 - troubles de jugement
 - présence d'un délire :ses thèmes et ses mécanismes
 - *Troubles de l'activité perceptive*
 - *Etat émotionnelle* : la participation émotionnelle, troubles de l'humeur ou troubles anxieux

VI-CONCLUSION CLINIQUE

VII-LA DISCUSSION DES DIAGNOSTICS A EVOQUER

VIII-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

IX-CONCLUSION CLINIQUE-PARACLINIQUE

X-LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

XI-LE PRONOSTIC

XII-MORALITES

Exemples d'observation médicale

ORL



EXEMPLE N°1: Cancer Du Larynx

IDENTITE :

Il s'agit du patient XY , âgé de 60 ans, originaire et résident à TAMSLOUHT, ouvrier de profession ; de bas niveau socio-économique et RAMEDiste.

MOTIF DE CONSULTATION :

Dysphonie chronique

ANTECEDENTS :

❖ *Personnels :*

➤ Médicaux :

- Diabétique depuis 7 ans sous insuline depuis 1 ans(20 UI /10 UI)
- Pas d'antécédents de tuberculose ni notion de contag tuberculeux
- Pas de notion de reflux gastro-oesophagien
- Pas de notion de traumatisme laryngé (intubation)

➤ Chirurgicaux :

- Pas de d'antécédents de chirurgie cervicale ou thoracique
- Patient jamais opéré

➤ Toxicologique :

- Pas de notion d'intoxication alcool-tabagique
- Pas d'allergie connue

➤ Médicamenteux :

- Patient sous insuline depuis 1 ans(20 UI /10 UI)
- Pas d'autres prises médicamenteuses

❖ *Familiaux :*

- Pas de cas similaires dans la famille

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début de la symptomatologie semble remonter à 1 ans par l'installation progressive d'une dysphonie (voix rauque et étouffée) sans autres signes associés (notamment pas de dysphagie, de paresthésies pharyngées , d'otalgie, ni de signes respiratoires...). Le tout évoluant dans un contexte apyrétique et de conservation d'état général.

L'évolution était marquée par l'apparition d'une dyspnée modérée (stade II de NYHA) il y a 15 jours. Et le patient se présente actuellement dans notre formation pour sa prise en charge.

EXAMEN CLINIQUE :

EXAMEN GENERAL :

- ✓ Patient conscient, bien orienté dans le temps et dans l'espace ,Glasgow 15/15.
- ✓ Dyspnée :stade II de NYHA
- ✓ Conjonctives normalement colorées
- ✓ Apyrétique à 37.5°, FC :80 bat/min, TA :120/60 mmHg FR :23cycle/min

EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE :

✓ Examen cervical :

- Masse latéro-trachéale gauche de 3 cm de diamètre ;dure ; fixe aux plans profond et superficiel; indolore à la palpation sans signes inflammatoires en regard .
- Présence d'une adénopathie jugulo-carotidienne gauche de 2 cm de diamètre.

✓ Examen de l'oropharynx et de la cavité buccodentaire :

- Mauvaise état bucco-dentaire
- Oropharynx libre .
- Naso-fibroskopie : *lésion d'aspect tumoral de l'hémi-larynx gauche qui est fixé*
- ✓ Examen des fosses nasales : Rhinoscopie antérieure
 - Fosses nasales libres
 - Pas de déviation de la cloison nasale
 - muqueuse d'aspect normal
- ✓ Examen otologique :
 - Pavillon de l'oreille normal
 - Tympan d'aspect normal

EXAMEN PLEUROPULMONAIRE

- ✓ Inspection :
 - thorax symétrique
 - pas de déformations thoraciques ni cicatrice chirurgicale
- ✓ Palpation :
 - vibrations vocales bien transmises
- ✓ Percussion :
 - sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires
- ✓ Auscultation:
 - Le murmure vésiculaire est bien perçu
 - Présences de rales sibilants diffuses

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

- ✓ Inspection
 - Pas de déformations thoraciques
 - Pas d'œdème des membres inférieurs
 - Pas de circulation collatérale veineuse thoracique
 - Pas de turgescence des veines jugulaires
- ✓ Palpation
 - Choc de pointe en place punctiforme
 - Pas de signe de Harzer
 - Pas de reflux hépato-jugulaire
- ✓ Percussion
 - Sonorité précordiale normale
- ✓ Auscultation :
 - Rythme régulier
 - B1 et B2 bien perçus en place
 - Pas de bruit ni de souffle surajouté
- ✓ Examen des axes vasculaires:
 - Pouls périphériques sont présents et symétriques

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

- ✓ *Vigilance et fonctions cognitives :*
 - GLASGOW : 15/15
 - Attention : normale
 - Mémoire : normale
- ✓ *La marche :* normale
- ✓ *La station debout :* normale/Romberg: négatif
- ✓ *Forces musculaires:*
 - Globale :
 - Aux MS: le patient maintien le barré
 - Aux MI : le patient maintient le mangazzini
 - Segmentaire : 5/5
- ✓ *Tonus musculaire*
 - Passif : pas de spasticité ou plasticité au mouvement passive des membres
 - Actif : conservé et normale
- ✓ *Reflexes*
 - ROT : normaux
 - RCM : normaux
- ✓ *Sensibilité :* pas de trouble de sensibilité à tous niveau
- ✓ *Sphincters :* pas de troubles sphinctériens
- ✓ *Nerfs craniens :*
 - 1 Olfactif : pas d'anosmie
 - 2 Optique : pas de BAV, champ visuel non altéré
 - 3 Oculomoteur commun : pas de mydriase ; pas de ptosis, accommodation et reflexe photo-moteur sont conservés
 - 4 Trochléaire : normale
 - 6 Abducens : pas de strabisme
 - 5 Trijumeau : Sensibilité et motricité de la face sans anomalies
Réflexe cornéen présent
 - 7 Faciale : pas de paralysie faciale
 - 8 Auditif : pas de troubles de l'équilibre ni de l'audition
 - 9 glossopharyngien : pas de réflexe nauséeux
Pas de déviation de la luette
 - 10 Pneumogastrique : pas de troubles de la voix ni de la déglutition
 - 11 Spinal : motricité normale des muscles trapez et SCM
 - 12 Hypoglosse : motricité linguale normale
Pas de fasciculation linguale
- ✓ *Coordination motrice :* pas de troubles de coordination des MI ni MS

EXAMEN ABDOMINAL :

- Abdomen souple
- Pas de défense ni contracture
- Pas d'HPSM
- Pas de masse palpable

➔ le reste de l'examen clinique est sans particularité

CONCLUSION CLINIQUE

Patient de 60 ans, diabétique depuis 7 ans qui se présente pour une dysphonie chronique persistante avec dyspnée évoluant dans un contexte apyrétique et de conservation d'état général et chez qui l'examen clinique objective : à la naso-fibroscopie : une *lésion d'aspect tumoral de l'hémi-larynx gauche qui est fixée*, associée présence d'une ADP jugulo-carotidienne palpable du côté homolatéral.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

<i>Diagnostic</i>	<i>Éléments pour</i>	<i>Éléments contre</i>
1. Tumeur maligne du larynx :	<ul style="list-style-type: none">• Sujet âgé : 60 ans• Sexe masculin• Dysphonie chronique persistante• Aspect fibroscopique évocateur• ADP associée	<ul style="list-style-type: none">▪ Patient non tabagique ni alcoolique
2. Tumeur bénigne du larynx	<ul style="list-style-type: none">• Evolution chronique	<ul style="list-style-type: none">• âge• Aspect fibroscopique évocateur▪ ADP associée
3. Tuberculeuse laryngée	<ul style="list-style-type: none">• Terrain d'immunodépression (Diabète)	<ul style="list-style-type: none">▪ Absence de signes respiratoires▪ conservation de l'état général
4. Paralysie récurrentielle	<ul style="list-style-type: none">• fixité de l'hémi-larynx à la naso-fibroscopie	<ul style="list-style-type: none">▪ Pas de terrain

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ *Bilan à visée diagnostique :*

1- La laryngoscopie directe avec biopsie:

<i>Intérêt</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Sièges de la lésion et ses caractères(Aspect, Extensions, Mobilité du larynx)✓ Confirmer le diagnostic par une biopsie✓ Recherche d'éventuelles autres localisations aux niveaux de VADS
<i>Résultats</i>	<i>Carcinome malpighien moyennement différencié et infiltrant</i>

2-TDM pharyngo-laryngé :

<i>Intérêt</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Bien décrire les rapports de la lésion✓ Extension de la lésion(loge HTE ,sous glotte, cartilage...)✓ Contribuer aux choix thérapeutiques
<i>Résultats</i>	<i>Processus tumoral laryngé des 3 étages avec atteinte commissurale antérieure et cartilagineuse.</i> <i>Sténose athéromateuse de la carotide droite significative</i>

	→TNM :T ₃ N ₁ M ₀
--	----------------------------------------------------

3-Numération formule sanguine(NFS) et CRP :

Intérêt	✓ Rechercher une hyperleucocytose ou d'un sd infectieux (TBK ?)
Résultats	Hb : GB : /mm ³ PNN: /mm ³ Plaquettes: /mm ³ CRP : mg/l Glycémie : g/l

❖ Bilan d'extension :

1-radio thorax :

Intérêt	✓ Rechercher des éventuels métastases pulmonaires et
Résultats	Sans particularité

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE

Patient de 60 ans, présentant une dysphonie chronique et chez qui les investigations cliniques et para-cliniques sont en faveur d'un carcinome épidermoïde du larynx infiltrant

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. But :

- Enlever la tumeur
- Préserver les fonctions du larynx(si possible)
- Eviter les récides et les complications

2. Moyens :

- 1) Mesures d'hygiène : Arrêt de l'intoxication alcool-tabagique
- 2) Chimiothérapie :
 - Poly-chimiothérapie :cis-platine+ 5 Fluoro-uracile
 - Néo-adjuvante quand lésion de grande dimension
 - Palliative
 - En association avec la radiothérapie (potentialisation)
- 3) Radiothérapie externe :
 - sur la tumeur
 - sur les aires ganglionnaires
 - seule ou en post opératoire :50 à 65 Gy
- 4) Chirurgie (sur le site tumoral et le site ganglionnaire)
 - les laryngectomies partielles
 - les laryngectomies sub-totales restructrices(crico-hyoido-pexie et crico-hyoido-épiglot-pexie
 - la laryngectomie totale : Si fixation laryngée(T3 T4),envahissement massif de la loge HTE ,de l'espace para-glottique ou de la sous glotte.
- 5) Rééducation

3. Indications :

- Ce patient qui a une tumeur classée T₃N₁M₀ est candidat pour :

la laryngectomie totale + Radiothérapie externe post opératoire+ Rééducation

SURVEILLANCE

POST-OPERATOIRE :

❖ Clinique :

- Etat générale du patient et la stabilité hémodynamique
- Drain :volume ;aspect ;
- Etat du pansement
- Surveillance du trachéostome :risque de pharyngostome+++
- FR/FC/TA/T⁰

❖ Paraclinique :

En fonction des signes d'appels cliniques(CRP,NFS ,ionogramme...)

A LONG TERME :

Surveillance clinique (si doute endoscopique) en cherchant :

- ➔ Une récurrence tumorale et /ou ganglionnaire
- ➔ Une seconde localisation au niveau des VADS
- ➔ Une métastase viscérale
- ➔ Une complication du ttt surtout la radiothérapie

PRONOSTIC

Le pronostic chez ce patient qui présente une tumeur étendue au 3 étages ;avec atteinte ganglionnaire associée sera généralement mauvais ;mais il sera influencé par les données histologiques de la pièce opératoire (limites d'exérèse) et la réponse à la radiothérapie.

MORALITES

- Il faut penser à un cancer du larynx devant un patient âgé,tabagique qui présente une dysphonie persistante
- laryngoscopie indirecte reste clé du diagnostic
- la confirmation est histologique
- la chirurgie reste le pilier du traitement+++

EXEMPLE N°2: Adénome Pléomorphe De La Parotide

IDENTITE

Il s'agit du patient XY , âgé de 58 ans, marié ; originaire et résident à Agadir, de bas niveau socio-économique et RAMEDiste.

MOTIF DE CONSULTATION

Tuméfaction prétragienne droite

ANTECEDENTS

❖ **Personnels:**

➤ **Médicaux :**

- Pas d'antécédents d'infection récente
- Pas de notion de traumatisme
- Pas d'antécédents carcinologiques
- Pas d'antécédents de tuberculose ni notion de contact tuberculeux
- Patient tabagique chronique sevré il y a 5 ans

➤ **Chirurgicaux :**

Patient jamais opéré

❖ **Familiaux :** pas de cas similaires dans la famille

HISTOIRE DE LA MALADIE

Le début de la symptomatologie semble remonter à 15 ans par l'installation d'une tuméfaction au niveau de la loge parotidienne droite qui augmente progressivement de taille indolore au début devenue douloureuse il y a 1 an ; surtout à la mastication sans autres signes associés .

Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général .Ce qui a motivé une consultation dans notre formation

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN GENERAL :

- ✓ Patient conscient, bien orienté dans le temps et dans l'espace ,Glasgow 15/15.
- ✓ Stable sur le plan hémodynamique et respiratoire
- ✓ Conjonctives normalement colorées
- ✓ Apyrétique à 37⁰, FC :95 bat/min, TA :140/90 mmHg FR :18 cycle/min

EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE :

- ✓ Examen local et de la région cervicale:
 - Tuméfaction parotidienne unilatérale droite ; douloureuse à la palpation ; fixe ; de consistance ferme qui soulève le lobule de l'oreille sans signes inflammatoires en regard.
 - Présence d'un trismus droit
 - Début d'une paralysie faciale du côté droit
 - Pas d'adénopathies cervicales palpables.
- ✓ Examen des fosses nasales : Rhin-cavo-scopie antérieure
 - Fosses nasales libre
 - Pas de rhinorrhée
 - Pas de déviation septal
- ✓ Examen de l'oropharynx et de la cavité buccodentaire :
 - ✓ Présence de plusieurs caries dentaires.
 - ✓ Oropharynx libre .
- ✓ Examen otologique :

- ✓ Pavillon de l'oreille normal
- ✓ Tympan d'aspect normal

EXAMEN PLEUROPULMONAIRE

Inspection :

- thorax symétrique
- pas de déformations thoraciques ni cicatrice chirurgicale

Palpation :

- vibrations vocales bien transmises

Percussion :

- sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires

Auscultation:

- Le murmure vésiculaire est bien perçu
- Présences de rales sibilants diffuses

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Inspection

Pas de déformations thoraciques

Pas d'œdème des membres inférieurs

Pas de circulation collatérale veineuse thoracique

Pas de turgescence des veines jugulaires

Palpation

Choc de pointe en place punctiforme

Pas de signe de Harzer

Pas de reflux hépato-jugulaire

Percussion

Sonorité précordiale normale

Auscultation :

Rythme régulier

B1 et B2 bien perçus en place

Pas de bruit ni de souffle surajouté

Examen des axes vasculaires:

Pouls périphériques sont présents et symétriques

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

✓ *Vigilance et fonctions cognitives :*

- GLASGOW : 15/15
- Attention : normale
- Mémoire : normale

✓ *La marche : normale*

✓ *La station debout : normale/Romberg: négatif*

✓ *Forces musculaires:*

Globale :

Aux MS: le patient maintient le barré

Aux MI : le patient maintient le mangazzini

Segmentaire : 5/5

✓ *Tonus musculaire*

Passif : pas de spasticité ou plasticité au mouvement passive des membres

Actif : conservé et normale

✓ *Reflexes*

ROT : normaux

RCM : normaux

✓ *Sensibilité* : pas de trouble de sensibilité à tous niveau

✓ *Sphincters* : pas de troubles sphinctériens

✓ *Nerfs craniens* :

1 Olfactif : pas d'anosmie

2 Optique : pas de BAV, champ visuel non altéré

3 Oculomoteur commun : pas de mydriase ; pas de ptosis,
accommodation et reflexe photo-moteur sont conservés

4 Trochléaire : normale

6 Abducens : pas de strabisme

5 Trijumeau : Sensibilité et motricité de la face sans anomalies

Réflexe cornéen présent

7 Faciale : pas de paralysie faciale

8 Auditif : pas de troubles de l'équilibre ni de l'audition

9 glossopharyngien : pas de réflexe nauséeux

Pas de déviation de la luette

10 Pneumogastrique : pas de troubles de la voix ni de la déglutition

11 Spinal : motricité normale des muscles trapez et SCM

12 Hypoglosse : motricité linguale normale

Pas de fasciculation linguale

✓ *Coordination motrice* : pas de troubles de coordination des MI ni MS

EXAMEN ABDOMINAL :

- Abdomen souple
- Pas de défense ni contracture
- Pas d'HPSM
- Pas de masse palpable

➔ *le reste de l'examen clinique est sans particularité*

CONCLUSION CLINIQUE

Tuméfaction parotidienne droite chez un patient de 58 ans, tabagique chronique sevré il y a 5 ans, chez qui l'examen clinique objective une masse parotidienne unilatérale droite ; douloureuse ; fixe ; de consistance ferme avec des signes de malignité (paralysie faciale, un trismus et douleur).

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

diagnostic		Elements pour	Elements contre
1) Pathologie tumorale de la parotide:	tumeur bénigne : Adénome pléomorphe	<ul style="list-style-type: none">• Age• Evolution lente• Pas d'ADPs• Consistance ferme	<ul style="list-style-type: none">▪ La douleur▪ La paralysie faciale▪ Le trismus
	Tumeur Maligne : Cylindre	<ul style="list-style-type: none">• La douleur• La paralysie faciale• Le trismus	<ul style="list-style-type: none">▪ Conservation de l'état général▪ Evolution lente
2) une parotidite chronique :		<ul style="list-style-type: none">•	<ul style="list-style-type: none">▪ Pas de syndrome infectieux▪ Conservation de l'état général
3) tuberculeuse parotidienne		<ul style="list-style-type: none">• Evolution lente• Pas de notion de contagion	<ul style="list-style-type: none">▪ Pas de fièvre ni AEG

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ *Bilan radiologique :*

1-Echographie du parotide :

<i>Intérêt</i>	✓ Permet d'affirmer la nature parotidienne de la masse ✓ Caractériser la masse
<i>Résultats</i>	

2-IRM :

<i>Intérêt</i>	✓ bilan d'extension plus précis ✓ orienter la parodectomie
<i>Résultats</i>	

❖ *Bilan biologique :*

1-Numération formule sanguine(NFS) +CRP :

<i>Intérêt</i>	✓ Rechercher une hyperleucocytose
<i>Résultats</i>	<i>Hb :</i> <i>GB :</i> <i>/mm³</i> <i>PNE :</i> <i>/mm³</i> <i>Plaquettes:</i> <i>/mm³</i> <i>CRP :</i>

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE

Tuméfaction parotidienne droite chez un patient de 58 an et chez qui les investigations cliniques et paracliniques sont en faveur d'une tumeur parotidienne bénigne avec dégenérescence maligne.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. But :

- Exérèse de la tumeur
- Eviter la récurrence et les complications

2. Moyens :

- a) Traitement chirurgical :
parotidectomie totale conservatrice du VII
- a) traitement médical :
antalgiques

3. Indications :

Chez ce patient le traitement sera parotidectomie complète, conservatrice du VII si possible avec étude anatomo-pathologique.

Complications de la parotidectomie :

Paralysie faciale

Syndrome de Frey

– Rougeur et sudation per-prandiale de la région masséterine liée à la repousse aberrante des fibres parasympathiques

4. Surveillance post-opératoire :

- ❖ Clinique :
 - ✓ Surveillance du risque de paralysie faciale
 - ✓ Drain ;état du pancement
 - ✓ T⁰ ;FR ;Fc ;TA
- ❖ Paraclinique :
 - ✓ Si fièvre====>CRP

PRONOSTIC

Adénome pléomorphe et une tumeur bénigne caractériser par un risque de récurrence .le pronostic sera favorable en général si l'anapath ne revient pas par des signes de malignité

MORALITES

- Le potentiel évolutif de l'adénome pléomorphe impose toujours un traitement chirurgical.
- l'exérèse chirurgicale doit donc être large afin d'éviter les récurrences :

EXEMPLE N°3: Goitre

IDENTITE

Il s'agit du patient XY, âgé de 22 ans, célibataire ; étudiant ,originaire et résident à Kalaa Sraghna, mutualiste.

MOTIF DE CONSULTATION

Tuméfaction cervicale antérieure

ANTECEDENTS

❖ Personnels :

➤ Médicaux :

- Pas d'antécédents d'irradiation
- Pas de notion de carence iodée
- Pas d'antécédents carcinologiques
- Pas d'antécédents de tuberculose ni notion de contagio tuberculeux
- Pas d'intoxication alcoolo-tabagique

➤ Chirurgicaux : Patient jamais opéré

❖ Familiaux : goitre chez la mère opérée il y a 2 ans

HISTOIRE DE LA MALADIE

Le début de la symptomatologie semble remonter à 1 an par l'apparition d'une tuméfaction cervicale antérieure indolore ; augmentant progressivement de volume sans signes de compression notamment une dysphagie ou dyspnée .le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.Ce qui a motivé une consultation dans notre formation ;une échographie était faite et qui a montré un nodule thyroïdien gauche d'allure bénigne avec un taux de TSHus=0.88 Uu/ml. Actuellement le patient se présente pour la meme symptomatologie .

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN GENERAL :

- ✓ Patient conscient, bien orienté dans le temps et dans le l'espace ,Glasgow 15/15.
- ✓ Stable sur le plan hémodynamique et respiratoire
- ✓ Conjonctives normalement colorées
- ✓ Apyrétique à 37⁰, FC :70 bat/min, TA :120/70 mmHg FR :17 cycle/min

EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE :

✓ Examen cervical :

- Masse cervicale antérieure droite de consistance mixte (molle au niveau partie inf et dure au niveau de la partie sup) ; de 8 cm/6 cm ; mobile à la déglutition ; sans signes inflammatoires en regard.
- Pas d'adénopathies cervicales palpables.

✓ Examen de la face :

- pas d'exophtalmie ni de troubles de l'acuité visuelle

✓ Examen des fosses nasales : Rhin-cavo-scopie antérieure

- ✓ Fosses nasales libre

- ✓ Pas de rhinorrhée

- ✓ Pas de déviation septal

✓ Examen de l'oropharynx et de la cavité buccodentaire :

- ✓ Présence de caries dentaires.
- ✓ Oropharynx libre .
- ✓ Examen otologique :
- ✓ Pavillon de l'oreille normal
- ✓ Tympan d'aspect normal

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Inspection

- Pas de déformations thoraciques
- Pas d'œdème des membres inférieurs
- Pas de circulation collatérale veineuse thoracique
- Pas de turgescence des veines jugulaires

Palpation

- Choc de pointe en place punctiforme
- Pas de signe de Harzer
- Pas de reflux hépato-jugulaire

Percussion

- Sonorité précordiale normale

Auscultation :

- Rythme régulier
- B1 et B2 bien perçus en place
- Pas de bruit ni de souffle surajouté

Examen des axes vasculaires:

- Pouls périphériques sont présents et symétriques

EXAMEN PLEUROPULMONAIRE

Inspection :

- thorax symétrique
- pas de déformations thoraciques ni cicatrice chirurgicale

Palpation :

- vibrations vocales bien transmises

Percussion :

- sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires

Auscultation:

- Le murmure vésiculaire est bien perçu
- Présences de rales sibilants diffuses

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

✓ *Vigilance et fonctions cognitives :*

- GLASGOW : 15/15
- Attention : normale
- Mémoire : normale

✓ *La marche :* normale

✓ *La station debout :* normale/Romberg: négatif

✓ *Forces musculaires:*

Globales :

Aux MS: le patient maintien le barré

Aux MI : le patient maintient le mangazzini
 Segmentaires :5/5
 ✓ *Tonus musculaire*
 Passif : pas de spasticité ou plasticité au mouvement passive des membres
 Actif : conservé et normale
 ✓ *Reflexes*
 ROT : normaux
 RCM : normaux
 ✓ *Sensibilité* : pas de trouble de sensibilité à tous niveau
 ✓ *Sphincters* : pas de troubles sphinctériens
 ✓ *Nerfs craniens* :
 1 Olfactif : pas d'anosmie
 2 Optique : pas de BAV, champ visuel non altéré
 3 Oculomoteur commun : pas de mydriase ; pas de ptosis,
 accommodation et reflexe photo-moteur sont conservés
 4 Trochléaire : normale
 6Abducens : pas de strabisme
 5 Trijumeau : Sensibilité et motricité de la face sans anomalies
 Réflexe cornéen présent
 7 Faciale : pas de paralysie faciale
 8 Auditif : pas de troubles de l'équilibre ni de l'audition
 9 glossopharyngien :pas de réflexe nauséux
 Pas de déviation de la lnette
 10 Pneumogastrique :pas de troubles de la voix ni de la déglutition
 11 Spinal :motricité normale des muscles trapez et SCM
 12 Hypoglosse : motricité linguale normale
 Pas de fasciculation linguale
 ✓ *Coordination motrice* : pas de troubles de coordination des MI ni MS

EXAMEN ABDOMINAL :

- Abdomen souple
- Pas de défense ni contracture
- Pas d'HPSM
- Pas de masse palpable

➔ *le reste de l'examen clinique est sans particularité*

CONCLUSION CLINIQUE

Goitre chez un patient de 22 ans qui a comme antécédent un goitre chez la mère, chez qui l'examen clinique objective une masse cervicale antérieure droite de consistance mixte (molle au niveau de la partie inférieure et dure au niveau de la partie supérieure) ; de 8 cm/6 cm ; mobile à la déglutition ; sans signes inflammatoires en regard.ni adénopathies associées.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

diagnostic	Elements pour	Elements contre
2. Tumeur épithéliale maligne primitive :Carcinome medullaire ;vésiculaire,anaplasique	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe masculin ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'abtécédent irradiation ▪ Pas de douleurs ▪ Nodule bien limité ▪ Pas de souffle vasculaire ▪ Pas de signes de compression
3. Tumeur épithélial bénigne :	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent de goitre chez 	

- retirer tout le tissu cancéreux cervical .
- Eviter les complications et la récurrence

2.Moyens :

- b) Traitement chirurgical :
 - Le plus souvent, en cas de cancer clinique (lésion de plus de 1 cm) on pratique une thyroïdectomie totale ne laissant que quelques résidus protégeant les parathyroïdes et un curage adapté.
- c) Utilisation thérapeutique de l'I 131 après la chirurgie :
 - Cette méthode permet d'effectuer une radiothérapie métabolique ciblée sur les cellules thyroïdiennes en cas d'hypothyroïdie
- d) Le traitement frénateur
Il est systématique dans les cancers différenciés hormono-sensibles.

3.Indications :

Ce patient est candidat pour une thyroïdectomie totale avec traitement freinateur

4.Surveillance post-opératoire :

- Clinique :
 - ✓ palpation attentive de la région cervicale à la recherche d'une récurrence locale
 - ✓ et surtout d'adénopathie cervicale.
 - ✓ T⁰ ;FR ;Fc ;TA
- Paraclinique :
 - ❖ L'échographie cervicale :
c'est l'examen majeur de surveillance quand du tissu thyroïdien a été laissé en place. Elle détecte les récurrences locales et les adénopathies.
 - ❖ Le dosage de la thyroglobuline :
En l'absence de tissu thyroïdien, son taux doit être indétectable. Toute élévation de ce taux indique la persistance d'un processus pathologique.

PRONOSTIC

En fonction des résultats anatomopathologie

MORALITÉS

- La plupart des cancers thyroïdiens sont représentés par des formes différenciées dont le pronostic est excellent à très long terme.
- La prise en charge du cancer de la thyroïde est particulièrement bien codifiée.

Exemples d'observation médicale

Psychiatrie



EXEMPLE: Trouble schizo-affectif

IDENTITE

Il s'agit du patient XY , âgé de 31 ans, célibataire. le cadet d'une fraterie de 7. originaire et résident à Kalaa Sraghna, niveau d'instruction (2^{ème} année du collège), de bas niveau socio-économique.

MOTIF DE CONSULTATION

amené par son frère sur réquisition de la police pour des troubles de comportement (agitation psychomotrice, hétéro-agressivité envers son frère faite de menaces)

ANTECEDENTS :

❖ Personnels :

- Toxiques : prise chronique de Tabac, Cannabis ,Alcool depuis l'adolescence
- Médicaux : RAS
- Chirurgicaux : RAS
- Psychiatriques : connue malade mental depuis 6 ans
- Judiciaires : il était incarcéré pendant 6 ans pour vol en 2000

❖ Familiaux :

- pas de cas similaires dans la famille

BIOGRAPHIE

- Patient est issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse à un âge avancé des parents
- Accouchement à terme, normal, dans un milieu hospitalier par voie basse
- Développement psychomoteur : normal
- Enfance : hyperactivité et difficultés scolaires
- Adolescence :
 - patient exigeant : des demandes dès l'âge de 10 ans que la famille ne peut pas les assurer (ex : je veux une moto)
 - voyage à Berkane à l'âge de 13 ans sans accord de sa famille pour y travailler (afin d'acheter la moto ...)
 - quitte de l'école à l'âge de 16 ans(2^{ème} année du collège) pour accéder à la formation professionnelle.
- A l'âge de 18 ans : voyage à Dakhla pour travailler au port malgré le refus de sa famille(avec menace de se suicider s'il ne partira pas)
- A l'âge de 19 ans : il était incarcéré pendant 6 ans pour vol à Dakhla (180.000 Dhs) et meme au prison il exige qu'il doit vivre mieux que les autres prisonniers.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Le début de la symptomatologie semble remonter à 6 ans suite à sa sortie du prison par l'installation progressive des troubles de comportement faites de propos à thématique persécutoire envers sa famille et les gens de son village ;il a commencé de consommer du cannabis de façon excessive, de porter des vêtements de marque de couleur bizarres attirantes, de porter les lunettes noires le soir, de laisser ses cheveux longs, de parler sur des projets multiples. puis il a commencé à passer les nuits en dehors de la maison. L'évolution était marquée par la stagnation de cette symptomatologie pendent 2 ans.

Puis la symptomatologie s'est aggravée par l'apparition de nouveaux troubles de comportement faites d'hyperactivité, d'insomnie et d'instabilité avant de fuguer à Marrakech la nuit. avec verbalisation des propos délirants de persécution (الناس حسدني غنتقّب ليهم عينيهم), de mégalomanie (انا عندي البركة). Ce qui a motivé une consultation dans notre formation et il a été hospitalisé pendant un mois, puis il a été déclaré sortant après l'amélioration de sa symptomatologie avec mal observance du traitement après sa sortie (DEPAKINE 500 mg). Actuellement le patient est amené par son frère pour des troubles de comportement (agitation psychomotrice, hétéro-agressivité envers son frère faite de menaces).

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN GENERAL :

- ✓ Patient conscient, Stable sur le plan hémodynamique et respiratoire
- ✓ TA : 130 /70 mmHg T⁰ : 37 ° FC : 70 bat/min FR : 18 cycle/min
- ✓ Poids : 62 Kg Taille : 1m 80 cm

ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE :

- ✓ Patient conscient, bien orienté dans le temps et dans le l'espace ,Glasgow 15/15.
- Présentation :
- ✓ Tenue correcte, pas de négligence vestimentaire
- ✓ Euthymique
- ✓ Calme, stable, contrôlé par son frère
- ✓ Contact syntone
- Analyse des conduites instinctuelles :
- ✓ Alimentation : pas de troubles alimentaires
- ✓ Sommeil : RAS
- ✓ Conduites sexuelles : RAS
- ✓ Conduites sphinctériennes : pas d'anomalies
- Analyse des conduites sociales :
- ✓ Fugue la nuit à marrakech il y a 4 ans
- ✓ Vol pathologique à dakhla il y a 6 ans pour lequel il a été incarcéré (180.000 Dhs)
- ✓ Pas de tentatives de suicides mais des menaces suicidaires sont rapportées par son frère
- ✓ Bagarre et agressivité envers son frère ,sa sœur et sa mère.(il les accuse d'adultères)
- Fonctions supérieures :
- ❖ Fonctions symboliques :
- ✓ Langage : rythme normal, cohérent , pas de suspension de discours.pas d'aphasie ni de dysarthrie
- ✓ Gnosie et praxie : sans particularités
- ❖ Fonctions mnésiques : pas de troubles de mémoire
- ❖ Fonctions de la pensée et du jugement :
- ✓ Cours de la pensée :normal
- ✓ Pas de troubles de jugement
- ✓ Verbalise un délire polymorphe avec :
 - Un thème mystique : (انا تزايدت مع الفجر وهادي رسالة من عند الله)
 - (كنفيق مع الفجر كاتبان ليا الرؤيا)

-Un thème mégalomane : (كلت لواليدة غذا غاتبراي وهي تبرا)

-Un thème de persécution :

(عائلتي هما سبابي فكاع هادشي اللي واقع ليا)
(خويا حسدني وهو اللي خرج عليا)

Mécanismes :

- Hallucinatoire : (جاني شعور من عند الله)
 - Intuitif : (انا بان ليا غنكون واحد من الصالحين)
 - Interprétatif (شفت قطرة ديال الدم وسط الماء عرفت خاصني نعبد الله)
- ❖ Troubles de l'activité perceptive : RAS
- ❖ Etat émotionnelle : faible participation émotionnelle, pas de troubles de l'humeur ni troubles anxieux

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

- ✓ *Vigilance et fonctions cognitives :*
 - GLASGOW : 15/15
 - Attention : normale
 - Mémoire : normale
- ✓ *La marche : normale*
- ✓ *La station debout : normale/Romberg: négatif*
- ✓ *Forces musculaires:*
 - Globale :
 - Aux MS: le patient maintien le barré
 - Aux MI : le patient maintient le mangazzini
 - Segmentaire :5/5
- ✓ *Tonus musculaire*
 - Passif : pas de spasticité ou plasticité au mouvement passive des membres
 - Actif : conservé et normale
- ✓ *Reflexes*
 - ROT : normaux
 - RCM : normaux
- ✓ *Sensibilité : pas de trouble de sensibilité à tous niveau*
- ✓ *Sphincters : pas de troubles sphinctériens*
- ✓ *Nerfs craniens :*
 - 1 Olfactif : pas d'anosmie
 - 2 Optique : pas de BAV, champ visuel non altéré
 - 3 Oculomoteur commun : pas de mydriase ; pas de ptosis,
accommodation et reflexe photo-moteur sont conservés
 - 4 Trochléaire : normale
 - 6Abducens : pas de strabisme
 - 5 Trijumeau : Sensibilité et motricité de la face sans anomalies
Réflexe cornéen présent
 - 7 Faciale : pas de paralysie faciale
 - 8 Auditif : pas de troubles de l'équilibre ni de l'audition
 - 9 glossopharyngien :pas de réflexe nauséux
Pas de déviation de la luette
 - 10 Pneumogastrique :pas de troubles de la voix ni de la déglutition
 - 11 Spinal :motricité normale des muscles trapez et SCM
 - 12 Hypoglosse : motricité linguale normale
Pas de fasciculation linguale
- ✓ *Coordination motrice : pas de troubles de coordination des MI ni MS*

➔ *le reste de l'examen clinique est sans particularité*

CONCLUSION CLINIQUE

Patient de 31 ans, connue malade mental depuis 6 ans sous traitement (Depakine chr 500)avec mal observance , consommateur chronique du tabac, cannabis et alcool. amené par son frère pour des troubles de comportements faite d'hétéro-agressivité (envers son frère) et chez qui l'entretien objective ;un patient conscient en tenue correcte avec un délire polymorphe à thématique :mégalomane ;mystique et persécutoire et à mécanisme : hallucinatoire ,intuitif et interprétatif. Sans autres signes associés notamment pas de troubles de l'humeur.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

<i>diagnostic</i>	<i>Eléments pour</i>	<i>Eléments contre</i>
1. Eliminer une cause organique	A éliminer par examen clinique et le bilan para-clinique	
2. Un trouble schizo-affectif	<ul style="list-style-type: none"> • Age du patient • Evolution chronique • Délire de mégalomanie de mécanisme hallucinatoire • Délire de persécution • bizarrerie 	✓ Pas Symptômes liés au trouble de l'humeur
3. <u>Schizophrénie paranoïde</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Age du patient • Evolution chronique • Délire de mécanisme interprétatif • Sd autistique • Sd dissociatif (isolement) 	
4. <u>Trouble bipolaire</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Age jeune • patient exigeant • Délire de mégalomanie • Projets multiples à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de tachypsychie ✓ Pas de logorrhée ✓ Pas de troubles de sommeil

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ *Bilan radiologique : TDM cérébrale :*

<i>Intérêt</i>	✓ Recherche d'une lésion cérébrale(Tumeur,...)
<i>Résultats</i>	Sans anomalies

❖ *Bilan biologique :*

- Numération formule sanguine(NFS) :
- Ionogramme
- Fonction rénale (urée, créatinine)
- Bilan hépatique (ALAT/ASAT/γGT)
- Sérologies :syphilis /VIH

<i>Intérêt</i>	✓ Recherche d'une affection organique qui peut mimer la symptomatologie
<i>Résultats</i>	Normal

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. But :

- Traiter la symptomatologie
- Améliorer la qualité de vie du patient
- Eviter les rechutes et les complications (passage à l'acte)

2. Moyens et indications:

- Hospitalisation
- Traitement médical :
 - Neuroleptique anti-productif
 - Neuroleptique sédatif
 - Anxiolytique
 - Thymo-régulateur
- Psychoéducation du patient et de sa famille

1) Solian 200 mg
1 ————— 0 ————— 1

2) Nozinan 25 mg
0 ————— 0 ————— 1

3) Temesta 2.5 mg
 $\frac{1}{2}$ ————— 0 ————— 1 pendant 1 semaine
0 ————— 0 ————— 1 pendant 1 semaine
0 ————— 0 ————— $\frac{1}{2}$ pendant 1 semaine
Puis arrêt

4) DEPAKINE chrono 500 mg
1 ————— 0 ————— 1

5) Psycho-éducation du patient et de sa famille

SURVEILLANCE ET SUIVI

- ❖ *Clinique :*
 - Des effets indésirables du traitement et de son efficacité
 - Fc ; TA++(Nozinan)
- ❖ *Para-clinique :*

Si besoin en fonction d'orientation clinique
- ❖ *Le sera déclaré sortant Si :*
 - Disparition des signes positifs non halluciné
 - Il critique son délire
 - Il doit être conscient de ses troubles et de l'intérêt de son traitement
- ❖ *A revoir en consultation* après sa sortie chaque mois au début puis en fonction d'évolution et de la réponse au traitement

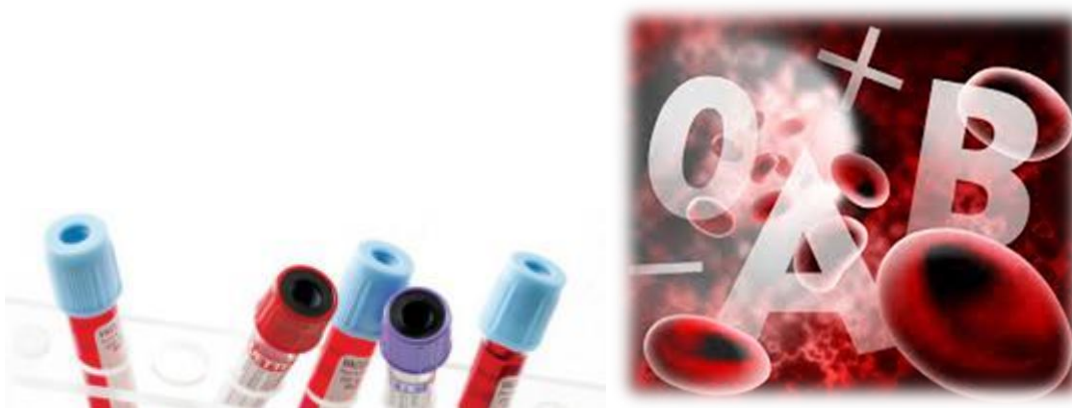
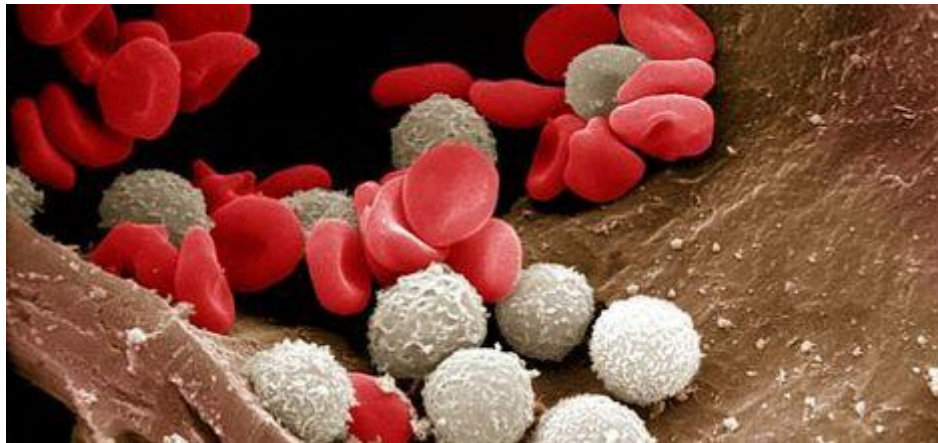
PRONOSTIC

Le pronostic chez notre patient sera généralement bon si il y aura :

- Une bonne observance du traitement
- une famille coopérante
- éviction des toxiques(cannabis, alcool) à l'origine de rechutes

Exemples d'observation médicale

Hématologie



EXEMPLE: Leucémie aigue

IDENTITE

Il s'agit du patiente XX , âgé de 37 ans, mariée et mère de 5 enfants , originaire et résidente à Agadir, femme de foyer , de bas niveau socio-économique et Ramédiste.

MOTIF DE CONSULTATION

Syndrome anémique + AEG

ANTECEDENTS

❖ Personnels :

➤ **Médicaux :**

- Antécédents d'une hémorragie de délivrance au dernier accouchement (il y a 1 an)
- Pas d'antécédents de cardiopathies ou de pneumopathies
- Patiente non connue diabétique
- Pas d'antécédents d'HTA
- Pas d'antécédents de tuberculose ni notion de contact tuberculeux

➤ **Toxico-allergiques :**

- Pas d'intoxication alcoolo-tabagique
- Pas d'antécédents d'irradiations
- Pas d'allergie ni d'atopie

➤ **Chirurgicaux :**

- Patiente opérée pour hernie de la paroi abdominale il y a 14 ans

➤ **Gynéco-obstétriques :** 5 G , 5 P

❖ Familiaux :

- pas de cas similaires dans la famille

HISTOIRE DE LA MALADIE

Le début de la symptomatologie semble remonter à 2 mois par l'installation d'une pâleur cutanéomuqueuse et d'une dyspnée d'effort au début puis de repos par la suite. sans autres signes associés notamment pas de syndrome hémorragique ni de syndrome tumoral. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée et d'altération de l'état général .Ce qui a motivé une consultation dans notre formation

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN GENERAL :

- ✓ Patient conscient, bien orienté dans le temps et dans l'espace , Glasgow 15/15.
- ✓ Stable sur le plan hémodynamique et respiratoire
- ✓ Pâleur cutanéomuqueuse
- ✓ Conjonctives décolorées
- ✓ Apyrétique à 37.5⁰, FC : 85 bat/min, TA :120/60 mmHg FR : 20cycle/min
- ✓ Pas d'OMI

BU : non faites

EXAMEN PLEUROPULMONAIRE

Inspection :

- thorax symétrique
- pas de déformations thoraciques ni de cicatrice chirurgicale

Palpation :

- vibrations vocales bien transmises

-
- Percussion :
 - sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires
 - Auscultation:
 - Le murmure vésiculaire est bien perçu
 - Pas de rales à l'auscultation

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

- Inspection
- Pas de déformations thoraciques
- Pas d'œdème des membres inférieurs
- Pas de circulation collatérale veineuse thoracique
- Pas de turgescence des veines jugulaires
- Palpation
- Choc de pointe en place punctiforme
- Pas de signe de Harzer
- Pas de reflux hépato-jugulaire
- Percussion
- Sonorité précordiale normale
- Auscultation
- Rythme régulier
- B1 et B2 bien perçus en place
- Pas de bruit ni de souffle surajouté
- Examen des axes vasculaires:
- Pouls périphériques sont présents et symétriques

EXAMEN ABDOMINAL :

- Inspection
- Pas de cicatrice ni de voussure abdominale
- Pas de points de feu
- Palpation
- Abdomen souple respire normalement
- Pas de sensibilité à la palpation
- Pas de défense ni contracture
- Les aires herniaires sont libres
- Pas de masse palpable ni d'HPSM
- Percussion
- Pas de matité abdominale
- Auscultation
- pas de souffle

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

- ✓ *Vigilance et fonctions cognitives :*
- GLASGOW : 15/15
- Attention : normale

- Mémoire : normale

- ✓ *La marche* : normale
- ✓ *La station debout* : normale/Romberg: négatif

- ✓ *Forces musculaires:*

Globales :

Aux MS: le patient maintien le barré

Aux MI : le patient maintient le mangazzini

Segmentaires : 5/5

- ✓ *Tonus musculaire*

Passif : pas de spasticité ou plasticité au mouvement passive des membres

Actif : conservé et normale

- ✓ *Reflexes*

ROT : normaux

RCM : normaux

- ✓ *Sensibilité* : pas de trouble de sensibilité à tous niveau

- ✓ *Sphincters* : pas de troubles sphinctériens

- ✓ *Nerfs craniens* :

1 Olfactif : pas d'anosmie

2 Optique : pas de BAV, champ visuel non altéré

3 Oculomoteur commun : pas de mydriase ; pas de ptosis,
accommodation et reflexe photo-moteur sont conservés

4 Trochléaire : normale

6 Abducens : pas de strabisme

5 Trijumeau : Sensibilité et motricité de la face sans anomalies
Réflexe cornéen présent

7 Faciale : pas de paralysie faciale

8 Auditif : pas de troubles de l'équilibre ni de l'audition

9 glossopharyngien : pas de réflexe nauséeux
Pas de déviation de la luette

10 Pneumogastrique : pas de troubles de la voix ni de la déglutition

11 Spinal : motricité normale des muscles trapez et SCM

12 Hypoglosse : motricité linguale normale
Pas de fasciculation linguale

- ✓ *Coordination motrice* : pas de troubles de coordination des MI ni MS

EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE :

- ✓ *Examen cervical :*

- Pas de masse cervicale
- Pas d'adénopathies cervicales ni axillaires.

- *Examen des fosses nasales :*

- Fosses nasales libres avec muqueuse d'aspect normal

- ✓ *Examen de l'oropharynx et de la cavité buccodentaire :*

- Mauvaise état bucco-dentaire
- Présence de plusieurs caries dentaires.
- Oropharynx libre .

- ✓ *Examen otologique :*

- Pavillon de l'oreille normal
- Tympan d'aspect normal

➔ le reste de l'examen clinique est sans particularité

CONCLUSION CLINIQUE

Patiente de 37 ans , avec antécédent d'hémorragie de délivrance il y a 1 an ;qui se présente pour un syndrome anémique évoluant depuis 2 mois dans un contexte de fièvre et d'AEG ,et chez qui l'examen clinique objective une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec un syndrome anémique sans syndrome hémorragique ni syndrome tumoral.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

<i>Diagnostic</i>	<i>Eléments pour</i>	<i>Eléments contre</i>
1. Leucémie aigue myéloide	<ul style="list-style-type: none"> • Age ; • Installation rapide • Syndrome anémique • Sd infectieux • AEG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de syndrome hémorragique ▪ Pas de syndrome tumoral
2. Leucémie aigue lymphoide	<ul style="list-style-type: none"> • Age ; • Installation rapide • Sd infectieux • AEG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de syndrome hémorragique ▪ Pas de syndrome tumoral ▪ Pas de syndrome infiltratif
3. Aplasie médullaire :	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome anémique • Sd infectieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de syndrome hémorragique
4. Tuberculeuse	<ul style="list-style-type: none"> • AEG • Sd infectieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de notion de contage TBK

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ *Bilan biologique :*

1-Numération formule sanguine(NFS) et CRP :

Intérêt	✓ Rechercher une hyperleucocytose ou d'un sd infectieux et une anémie de retentissement
Résultats	Hb : 8 g/dl GB :20.000 /mm ³ PNN: /mm ³ Plaquettes: 30.000/mm ³ CRP :341 mg/l Glycémie :1.13 g/l

2-Myélogramme +cytochimie:

<i>Intérêt</i>	<u>Cytologie :</u> - Anomalie qualitative d'au moins une lignée - Recherche de blastes Colorations cytochimiques: identifier le type de blastes
<i>Résultats</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Moelle infiltrée par 50 % de blastes – MPO (R° myélopéroxydase) positive – Estérases positive – PAS (Periodic Acid Schiff) négative

3- IDR + BK crachats:examen direct+culture

Intérêt	✓ A la recherche des arguments en faveur de la tuberculose
---------	------------------------------------------------------------

Résultats	Negatives
-----------	-----------

❖ **Bilan radiologique :**

1-échographie cervicale :

Intérêt	✓ Décrire la tuméfaction et son extension
Résultats	Collection liquidienne de la région sus-claviculaire droite sous –cutanée avec importante infiltration tissu graisseux sous cutané de voisinage et ganglions cervicaux bilatéraux de taille infracentimétrique.

2-radio de l'épaule droite prenant la clavicule

Intérêt	✓ Analyse de des articulations adjacente à la tuméfaction et l'intégrité de la l'os
Résultats	

3-Radio thorax

Intérêt	✓ A la recherche d'un foyer infectieux pulmonaire
Résultats	Sans anomalies

CONCLUSION RADIO-CLINIQUE

Syndrome anémique avec syndrome hémorragique et infectieux chez une patiente de 37 ans et chez qui les investigations cliniques et para-cliniques sont en faveur d'une *leucémie myéloïde aigue* .

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. But :

- Traitement symptomatique
- Traitement de fond
- Éviter et traiter les complications

2. Moyens :

A- traitement symptomatique

- * Transfusion
- * Uricoéliminateurs (Allopurinol,)
- * Hyper diurèse alcaline
- * ATB (bi-antibiothérapie)
- * Oestro-progestatifs chez femme en âge de procréer

A- traitement de fond :

- Polychimiothérapie : Doxorubicine, Aracytine
- Ac Trans Rétinoïque (Vesanoid*)
- Radiothérapie (SNC, Testicules)
- Chimiothérapie intrathécale
- Greffe de cellules souches allogéniques

3. Indications :

Notre patiente a bénéficiée :

- Hyperhydratation alcaline
- Transfusion
- Bi –ATB
- Allopurinol
- Polychimiothérapie

4. Surveillance :

❖ Clinique :

- Constantes
- Signes hémorragiques et infectieux
- Signes d'intolérance au traitement: *Hémochromatose secondaire ,Infections virales et Allo-immunisation*

❖ Paraclinique :

NFS, CRP, fonction rénale

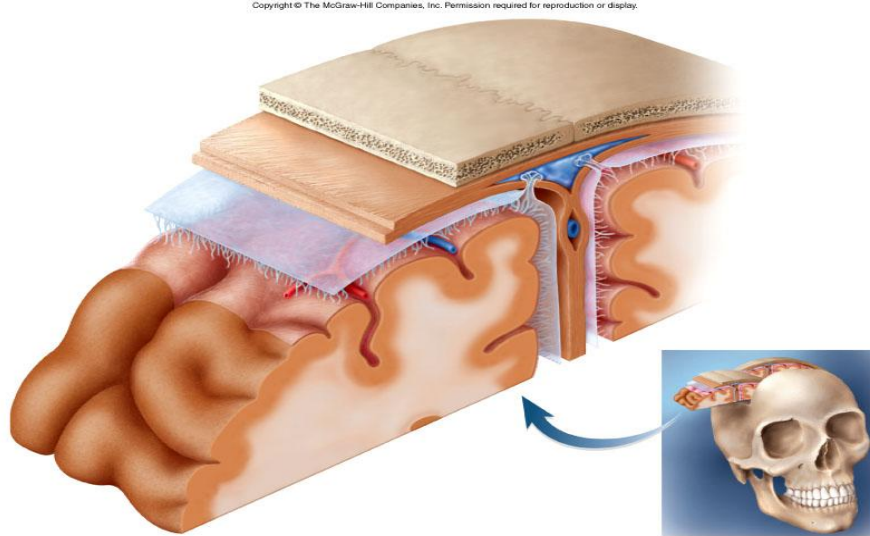
PRONOSTIC

Le traitement est généralement long(2 ans ou plus) .Le pronostic vital est lié aux complications hémorragiques (SNC), infections et troubles hydro-electrolytiques

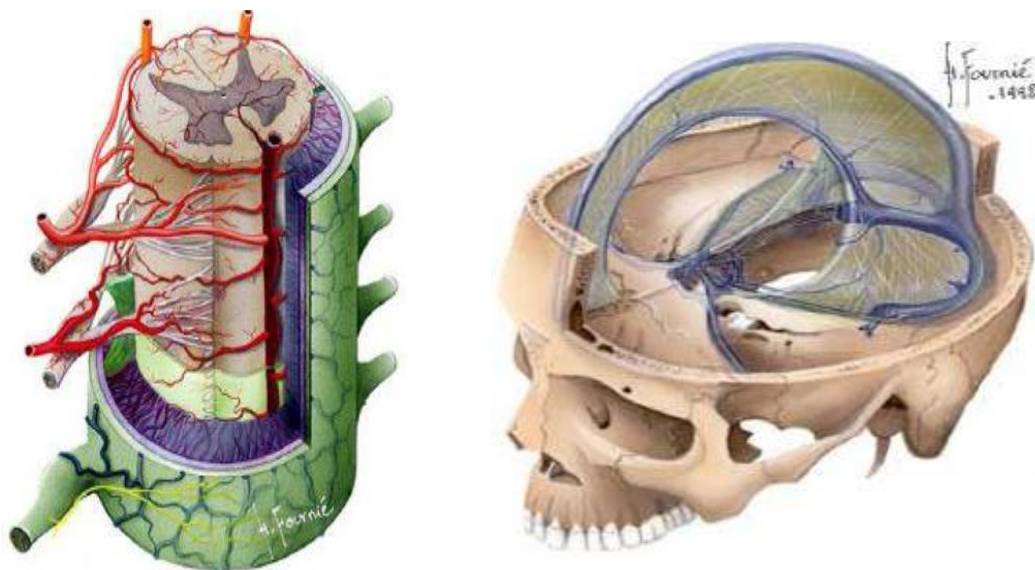
MORALITÉS

Devant une pancytopenie avec blastose, évoquer le diagnostic de la leucémie et faire le myélogramme pour confirmer le diagnostic de la leucémie .

Exemples d'observation médicale



Neurochirurgie



EXEMPLE: Tumeur cérébrale

Identité

Il s'agit de Mr. XY, âgé de 39 ans, droitier, marié et père de 5 enfants, originaire et résidant à Tinghir, sans profession, de bas niveau socio-économique et non RAMEDiste .

Motif d'hospitalisation

Crises épileptiques généralisées

Antécédents

➤ Personnels :

- pas d'ATCDS de pathologies néoplasiques
- Patient non connue hypertendue, ni diabétique.
- Pas d'ATCDS de cardiopathies ni d'hépathopathies
- Pas d'ATCDS de tuberculose
- Patient non tabagique ni alcoolique
- Patient jamais opéré
- Pas de prise médicamenteuse a long court

➤ Familiaux :

- Pas de cas similaires dans la famille

Histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie semble remonter à 4 ans, par l'installation des crises épileptiques répétitives stéréotypées. la crise est tonico-clonique généralisée précédée d'apnée et caractérisée par une perte de connaissance brutale avec chute sans blessures. Avec trois phases :

Phase tonique : débute par une perte de conscience, contracture tonique des muscles squelettiques, sueurs avec cyanose sans morsure du bord latérale de la langue ni fuite d'urines.

Phase clonique : secousses musculaires brusques généralisées.

Phase résolutive : avec amnésie et confusion postcritique sans déficit neurologique.

La durée totale de la crise est d'environ 10 minutes.

Les crises se répètent à raison de 2 crises/mois.

Le tous évolué dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

Cette symptomatologie a motivé une consultation, et le patient était mis sous traitement antiépileptique (DEPAKINE ?) avec amélioration pendant 2 ans (diminution du nombre des crises).

L'évolution était marquée par la réapparition des crises et le patient est envoyé chez nous pour le complément de la prise en charge.

Examen clinique

Examen général :

- Patient conscient, bien orienté.
- Stable sur le plan hémodynamique et respiratoire
- Conjonctives normocolorées
- Apyrétique à 37⁰
- Normotendu à 12/7 CmHg
- Normocarde à 86 batt/min
- Eupnéique à 18 cycle/min

Examen neurologique :

- Vigilance et fonctions cognitives :
Glasgow : 15/15

-
- Attention : normale
Mémoire : normale
- La marche : normale
 - La station debout : normale/romberg: négatif
 - Forces musculaires:
globales :
 - aux ms: le patient maintien le barré
 - aux mi : le patient maintient le mangazzinisegmentaires :
 - 5/5
 - Tonus musculaire
passif : pas de spasticité ou plasticité au mouvement passive des membres
actif : conservé et normale
 - Reflexes
ROT : normaux
RCM : normaux
 - Sensibilité : pas de trouble de sensibilité à tous niveau
 - Sphincters : pas de trouble sphinctérienne
 - Nerfs craniens :
 - 1 olfactif : pas d'anosmie
 - 2 optique : pas de bav, champ visuel non altéré
 - 3 oculomoteur commun : pas de mydriase ; pas de ptosis,
accommodation et reflexe photo-moteur sont conservés
 - 4 trochléaire : normale
 - 6 abducens : pas de strabisme
 - 5 trijumeau : sensibilité et motricité de la face sans anomalies
réflexe cornéen présent
 - 7 faciale : pas de paralysie faciale
 - 8 auditif : pas de troubles de l'équilibre ni de l'audition
 - 9 glossopharyngien : pas de réflexe nauséeux
pas de déviation de la luette
 - 10 pneumogastrique : pas de troubles de la voix ni de la déglutition
 - 11 spinal : motricité normale des muscles trapez et scm
 - 12 hypoglosse : motricité linguale normale
pas de fasciculation linguale
 - Coordination motrice : pas de trouble de coordination des mi ni ms

Examen Pleuropulmonaire

✓ Inspection :

- thorax symétrique
- pas de déformations thoraciques ni cicatrice chirurgicale

✓ Palpation :

- vibrations vocales bien transmises

✓ Percussion :

- sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires

✓ Auscultation:

- Le murmure vésiculaire est bien perçu

- Pas de rales

Examen cardio-vasculaire :

- ✓ Inspection
 - Pas de déformations thoraciques
 - Pas d'œdème des membres inférieurs
 - Pas de circulation collatérale veineuse thoracique
 - Pas de turgescence des veines jugulaires
- ✓ Palpation
 - Choc de pointe en place punctiforme
 - Pas de signe de Harzer
 - Pas de reflux hépato-jugulaire
- ✓ Percussion
 - Sonorité précordiale normale
- ✓ Auscultation :
 - Rythme régulier
 - B1 et B2 bien perçus en place
 - Pas de bruit ni de souffle surajouté
- ✓ Examen des axes vasculaires:
 - Pouls périphériques sont présents et symétriques

➔ ***Le reste de l'examen clinique est sans particularité.***

Conclusion clinique

Patient de 39 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consulte pour des crises épileptiques généralisées évoluant depuis 4 ans et résistantes au traitement antiépileptiques et chez qui l'examen clinique est normal notamment pas de déficit neurologique

Discussion diagnostic

- 1. Pathologie tumorale cérébrale :** vu l'âge et la chronicité de la symptomatologie
 - ❖ Tumeur gliale(astrocytome, oligodendrogliome)
 - ❖ Méningiome...
- 2. Pathologie vasculaire :** Mais le tableau clinique n'est pas brutal
 - ❖ Malformation vasculaire : cavernome, angiome
 - ❖ Accident vasculaire cérébral(ischémique, hémorragique)
- 3. Pathologie infectieuse :** Mais il n'y a pas de signes infectieux et le patient est en bon état général.
 - ❖ Abscès
 - ❖ Encéphalite, méningo-encéphalite herpétique
 - ❖ Parasitose

Examens complémentaires

- **Bilan biologique :**
 - ❖ NFS-Groupage : Hb=15.4 g/dl VGM=91 TCMH=30 PQ=287.000 /mm³
 GB=5500/mm³ PNN=2338 /mm³ Lymph=2783 /mm³
 Groupage: A (+)

- ❖ Biochimie: Glycémie à jeun =0.93 g/l
Créat=7.5 mg/l Urée=0.18 g/l
ALAT=19 UI/l (<37) ASAT=12 UI/l (<40)
- ❖ Bilan d'hémostase: TP=100 % TCA=30 sec

➤ **Bilan radiologique :**

- ◆ IRM cérébrale :
➔ Au total : processus expansif frontal gauche compatible avec une tumeur gliale de grade intermédiaire
- ◆ EEG :
-Activité de fond : normale
-Anomalies critiques : décharges bilatérales symétriques et synchrones de polypointes-ondes à 3 c/s
- ◆ Radio thorax :sans anomalies

Conclusion radio-clinique

crises épileptiques généralisées évoluant depuis 4 ans et résistantes au traitement antiépileptiques chez un patient de 39 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, et chez qui les investigations cliniques et para-cliniques sont en faveur d'un processus expansif frontal gauche compatible avec une tumeur gliale de grade intermédiaire.

Prise en charge thérapeutique

1) **But :**

- Améliorer la qualité de vie du patient
- Eviter les complications : HTIC ;engagement....
- Poser le diagnostic histologique de la tumeur

2) **Moyens :**

- Traitement médical :les anti-épileptiques
- Traitement chirurgical :
Exérèse chirurgicale de la tumeur tout en conservant la zone de langage

3) **Indications chez ce patient :**

- les anti-épileptiques : Tegretol :1200 mg/j
Gardenal :100 mg/j
- Exérèse de la tumeur :chirurgie éveillée
- Traitement complémentaire par Radio ou Chimiothérapie en fonction de la signature histologique.

4) **Surveillance post-opératoire :**

- ❖ Clinique :
 - état de conscience,T⁰, FR,FC,TA
 - Recherche d'un déficit neurologique post-op,aphasie...
- ❖ Paraclinique:
 - IRM de contrôle
 - Examens biologiques en fonction des signes d'appel cliniques :NFS ,CRP...

Pronostic

Chez ce patient : vu l'absence de déficit neurologique et l'aspect radiologique de la tumeur le pronostic sera bon si l'exérèse tumorale est bien faite et si la nature histologique est bénigne et l'existence d'un traitement complémentaire efficace.

Exemples d'observation médicale

Rhumatologie



EXEMPLE: Arhrite septique

Identité

Il s'agit de Mme XX, âgée de 58 ans, originaire de Zagoura et résidente à Agadir. Veuve et mère de 8 enfants, Ramediste.

Motif de consultation

Hanche droite douloureuse aigue fébrile.

Antécédents

- ❖ Non connue hypertendue ni diabétique.
- ❖ Pas de notion de contage tuberculeux.
- ❖ Néo du sein suivi depuis 5 ans traité par chirurgie (PATTEY) – radiothérapie – chimiothérapie et actuellement en fin du traitement hormonal.
- ❖ Garde un lymphoedème du membre supérieur gauche.
- ❖ Notion d'infections urinaires à répétitions.
- ❖ Prises médicamenteuses : Fosamax – Idéos – codoliprane.

Histoire de la maladie

Depuis 17journs :

La patiente aurait présenté une aggravation de son lymphoedème avec apparition de placard inflammatoire de tout le membre supérieur. La patiente a reçu un traitement médical anti-œdémateux (Serrapeptase) et antalgiques suite auquel une amélioration progressive a été notée.

Depuis 15 jours :

Douleur de la hanche droite.

Impotence fonctionnelle.

Sensations fébriles au début.

Signes extra articulaires associées :

Brulures mictionnelles (1 épisode) : il y a 20 jours (5 jours avant le début de la symptomatologie articulaire).

Leucorrhée=0.

Signes digestifs, ORL, pulmonaires=0

Le tout évoluant dans un contexte d'impotence fonctionnelle majeure et de conservation de l'état général.

Examen clinique

Examen general:

Patiente consciente stable sur plan hémodynamique et respiratoire

T° = 37° ; TA = 12/07 ; Pouls = 69 bat / min ; FR = 19 c/min ; EVA d = 8/10.

Examen osteo-articulaire:

	DROITE	GAUCHE
MAINS	<ul style="list-style-type: none">➤ Pas de douleurs à la mobilisation.➤ Pas de synovite.➤ Pas de raideur.➤ Pas de déformations.	<ul style="list-style-type: none">➤ Pas de douleurs à la mobilisation.➤ Pas de synovite.➤ Pas de raideur.➤ Pas de déformations.
POIGNET	<ul style="list-style-type: none">➤ Mobilisation non douloureuse et non limitée➤ Pas de synovite ni de ténosynovites.	<ul style="list-style-type: none">➤ Mobilisation non douloureuse et non limitée➤ Pas de synovite ni de ténosynovites.

COUDE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Flessum = 0 ➤ Pas de douleur, ni raideur à la mobilisation ➤ synovite = 0 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tuméfaction (lymphoedème) de l'avant bras gauche avec un discret placard inflammatoire (Erysipèle??).
EPAULE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amplitudes articulaires normales ➤ Signes de conflits négatifs ➤ Testing musculaire normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amplitudes articulaires normales ➤ Signes de conflits négatifs ➤ Testing musculaire normal.
	DROITE	GAUCHE
HANCHES	<ul style="list-style-type: none"> • Impotence fonctionnelle majeure du fait de la douleur. • Mobilité passive et active douloureuse et discrètement limitée en flexion et en extension. • Raideur manifeste et douloureuse en RI et RE. • Salut coxal et test clinostatique = déficitaires. • Absence de signes inflammatoires en regard. • Pouls fémoraux bien perçus 	<ul style="list-style-type: none"> • Roulée non douloureuse • Amplitudes articulaires des différents mouvements normaux • Salut coxal/clinostatique=ok • Moyen fessier non douloureux • Pouls fémoraux bien perçus
CHEVILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur=0 • Synovite=0 • Raideur=0 • Ténosynovites=0 • Pouls tibiaux bien perçus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur=0 • Synovite=0 • Raideur=0 • Ténosynovites=0 • Pouls tibiaux bien perçus.
GENOUX	<ul style="list-style-type: none"> • Flessum à 2 TDD. • Douleur exquise au niveau du 1/3 inf du fémur droit lors de la pression et la mobilisation. • DTF=0 • Choc rotulien négatif • Rabot - 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de flessum • DTF=0 • Choc rotulien négatif • Rabot -
PIED	<ul style="list-style-type: none"> • Squeeze test - • Pas de douleurs à la mobilisation. • Pas de synovite. • Pas de déformations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Squeeze test - • Pas de douleurs à la mobilisation. • Pas de synovite. • Pas de déformations.
SI	Non douloureuses aux différentes manœuvres.	
rachis	<p><u>Cervical :</u> DMS=0/18cm, DMA=5/5cm, DTA=4/4cm Palpation des épineuses non douloureuses.</p> <p><u>Dorsal :</u> AT : + 5 cm. Palpation des épineuses non douloureuses.</p> <p><u>Lombaire :</u> IS : cm DDS : cm Appréciation de l'indice de schober et de la DDS est difficile à ce stade, vue l'impotence fonctionnelle secondaire à la douleur. Palpation des épineuses non douloureuses.</p>	

Le reste de l'examen somatique : PP, CV, GG, abdominal, neurologique est sans particularités.

Conclusion clinique

Tableau de coxopathie droite aigue fébrile apparue au décours d'une infection urinaire et d'une érysipèle probable du membre supérieur gauche chez une patiente de 58 ans, suivie pour néo du sein en fin de séquence thérapeutique (Chirurgie/RTH/CTH/hormonothérapie). Le tout évoluant dans un contexte d'impotence fonctionnelle majeure du membre inférieur droit et de conservation de l'état général.

Discussion diagnostique

1. Arthrite septique de la hanche droite

◆ Bactérienne à germes banaux :

Porte d'entrée cutanée : strepto/staph (érysipèle sur lymphoedème chez une patiente immunodéprimée), mais amélioration spontanée de la symptomatologie cutanée sans antibiothérapie.

Porte d'entrée urinaire : BGN+++

◆ A germes spécifiques :

Tuberculose (contexte d'immunodépression !)

Surtout les arthrites subaigües ou chroniques.

◆ Virale :

HVB, HVC, Parvovirus B19 vu le terrain d'immunodépression

2. Arthrite métabolique

◆ Goutte secondaire

Femme suivie pour une néoplasie solide.

Traitement par chimiothérapie

Traitement récent par diurétiques.

◆ CCA

Femme âgée!

Tableau clinique non franchement infectieux!

3. Arthrite métastatique

Pathologie rare!

La localisation et le type de tumeur ne sont pas en faveur.

(surtout les tumeurs du poumon et les localisations les plus fréquentes sont le genou+++ et l'épaule).

4. Arthrite post-infectieuses

Diagnostic d'élimination.

Examens complémentaires

Examen	Intérêt	résultats
Bilan inflammatoire : NFS, VS, CPR		HB=10.8, GB=9640, PNN=8734, Lymph=790, Plq=636000 VS=110mm CRP=192mg/l
Bilan infectieux : hémocultures, ECBU, Rx du thorax, Rx des sinus		ECBU:Ex.direct=BGN, culture=E. coli multisensible. Rx Thorax: normale Rx des sinus: normale
Echographie de la hanche droite avec ponction du Liquide articulaire	– Echographie de la hanche: mise en évidence de l'épanchement liquidien	– présence au niveau de la hanche droite d'un épanchement modéré sans collection décelable des parties molles

	<ul style="list-style-type: none"> – Ponction du Liquide articulaire: pour etude cytotabériologique et cytologique. 	<ul style="list-style-type: none"> – liquide trouble riche en cellules svt PN altérées – examen direct :Cocci à Gram positif en diplocoques – Culture : en cours – Antibiotogramme : en cours
Bilan radiologique: bassin face, 2 hanches en faux profil de lequesne	avoir un bilan Rx initial pour suivre l'évolution structural s'il s'agit d'une arthrite septique	Sans anomalies
Ionogramme Bilan rénal, bilan hépatique, acide urique, LDH, bilan phosphocalcique complet, albumine.		Na+=136, K+=5, Alb=27.3 bilan rénal: créat=5.1 acide urique=42 LDH=156, PAL=150, GGT=121

Conclusion clinic-paraclinique:

Arthrite septique de la hanche droite à cocci Gram positif en diplocoque sur un érysipèle du membre supérieur droit chez une patiente de 58 ans, suivie pour néo du sein en fin de traitement.

Prise en charge thérapeutique:

1. **But**: Traitement en urgence

- Traiter l'infection
- Traiter la porte d'entrée
- Eviter les récides et complications

2. **Moyens**

- Bi-ATB thérapie, bactéricide synergique à large spectre à débutée dès la réal des prélèvements. Par voie parentérale et relais par voie orale. modifiée après selon l'antibiogramme avec une durée : 10 j par VV +35 j per os
Avant l'identification du germe : Pénic M + Aminocyclitol
- Antalgiques
- Mise en traction du membre
- Protection thrombo-embolique et gastrique
- Rééducation musculaire : pour Lutter contre l'amyotrophie, la raideur et les attitudes vicieuses.

3. **Indications**

Chez notre patiente :

- Amoxicilline-acide clavulanique 3g/j en IVL + gentamycine 160 mg/j relayée à J5 par la ciprofloxacine 1,5g/j.
- Lovenox 0,4UI/SC par jour (patiente alitée).
- Antalgiques : perfalgon 3g/j.

4. **Surveillance:**

- **Clinique** :
La douleur, la fièvre, l'impotence fonctionnelle et la raideur
- **Paraclinique:**
NFS, CRP, Rx standard de la hanche

Pronostic

Le diagnostic précoce est le seul garant d'un bon pronostic

Moralités

- L'arthrite septique est une véritable explosion intra-articulaire aboutissant à une infirmité majeure
- Moindre doute → ponction articulaire

Exemples d'observation médicale

Gynécologie- obstétrique



EXEMPLE: Grossesse extra-utérine

Identité

il s'agit de la patiente XX âgée de 24 célibataire originaire et résidente à ourika femme au foyer non mutualiste

Motif de consultation

douleurs pelviennes + aménorrhée + métrorragies

Antécédents

❖ personnels

➤ Médicaux :

- pas de notion de diabète ni d'HTA
- Pas de cardiopathie ni néphropathie

➤ Chirurgicaux :

- jamais opéré

➤ Gynéco obstétricaux :

- menarche à l'Age de 13 ans
- Cycle régulier
- OG OP
- Pas de contraception orale ou DIU
- ATCD de GEU il ya 3ans (pas de documents

❖ Familiaux RAS

Histoire de la maladie

le début de la symptomatologie remonte à 5 jours par l'installation de douleurs pelviennes intenses intermittentes irradiant vers tout l'abdomen avec notion de vomissements et retard de règles de 2 mois avec des métrorragies de faible abondance, sans autres signes associés notamment pas de signes urinaires ni digestifs. le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

Examen clinique

Examen général :

Patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire

FC=84 FR=21 TA=12/6 T°=37

Conjonctives normo colorés

Examen gynécologique

Toucher vaginal :

- col long fermé
- Cri de Douglas
- Doigtier souillé de sang

Examen abdominal

Sensibilité abdominale accentuée au niveau de la FIG

Pas de masse palpable

Examen Pleuropulmonaire

✓ Inspection :

- thorax symétrique
- pas de déformations thoraciques ni cicatrice chirurgicale

✓ Palpation :

- vibrations vocales bien transmises

✓ Percussion :

- sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires

✓ Auscultation:

- Le murmure vésiculaire est bien perçu
- Pas de rales

Examen cardio-vasculaire :

✓ Inspection

- Pas de déformations thoraciques
- Pas d'œdème des membres inférieurs
- Pas de circulation collatérale veineuse thoracique
- Pas de turgescence des veines jugulaires

✓ Palpation

- Choc de pointe en place punctiforme
- Pas de signe de Harzer
- Pas de reflux hépato-jugulaire

✓ Percussion

- Sonorité précordiale normale

✓ Auscultation :

- Rythme régulier
- B1 et B2 bien perçus en place
- Pas de bruit ni de souffle surajouté

✓ Examen des axes vasculaires:

- Pouls périphériques sont présents et symétriques

➔ ***Le reste de l'examen clinique est sans particularité.***

Conclusion clinique

il s'agit de la patiente amina khadiri âgée de 24 ans ayant des ATCD de GEU qui se présente pour des douleurs pelviennes intenses ,retard de règles , métrorragies de faible abondance dont l'examen objective une sensibilité abdominale accentué au niveau de La FIG avec au toucher vaginal un col long fermé ,cri de douglas ,doigtier souillé de sang .

Diagnostics à évoquer

➤ **Causes gynécologiques**

– *Grossesse extra-utérine :*

Les element en faveur: Age , femme en période d'activité génitale ,douleurs pelviennes, metrorragies, retard de règles.

– *Mole hydatiforme :*

Les element en faveur: douleurs pelviennes et métrorragies

– *Menace d'avortement :*

Les element en faveur: douleurs pelviennes , retard de règles et métrorragies

➤ **Causes extra gynecologiques**

– *Appendicite aigue*

– *Salpingite*

– *Colique nephretique*

Examens complémentaires

<i>Examen</i>	<i>résultats</i>
1. BHCG	BHCG=2380

2. Echographie pelvienne	utérus vide, ligne de vacuité en place Image latéro utérine droite hétérogène droite mesurant 4 3 ,20 avec épanchement de moyenne abondance
3. NFS (retentissement) Groupage -Rh	hb=12 ,6 GB=18230 PLQ=32000

N.B: devant un taux de bhcg sup a 1000 avec un utérus vide a l'échographie le diagnostic de GEU est très probable

Conclusion radio-clinique

Grossesse extra-utérine compliquée chez une patiente âgée de 24 ans ayant des antécédents de grossesse extra-utérine.

Prise en charge thérapeutique

1. But

- Arrêter le saignement
- Supprimer la GEU
- Préserver la fertilité
- Limiter le risque de récurrence et les morbidités thérapeutiques.

2. Moyens

- Abstention + surveillance
- Chirurgie: Coeliochirurgie ou laparotomie :TTT conservateur ou radical
- Médicaux: méthotrexate

3. Indications

- Traitement chirurgical devant : rupture hématosalpinx
Masse latéroutérine sup a 3cm
- A l'exploration hemoperitoine de moyenne abondance
- Annexe gauche : trompe gauche fine + adhérences tuboovarienne
- Annexe droit :trompe droite siège de GEU au niveau ampullaire avec des adhérences tubo ovariennes droite
- Le geste a consisté en une salpingectomie vu l'état de la trompe avec ATCD de GEU
- Etude anatomopathologique du produit
- Puis on a préconisé chez cette patiente, le lever précoce , avec un traitement medical:
- Amoxicilline 1 g x3/j pendant 7 jours
- Lovenox 0 ,4 ml/j en sc
- Perfalgon 1g x 3 /J
- Contraception micro-progestatif: cerazette 1cp /j

4. Surveillance post-opératoire:

- Patiente consciente stable sur le plan HD et respiratoire
- FC=84bat /min FR= 24 c/min TA =12/6 mmhg , diurèse à 2 L/24H
- Drain ramène 200 cc
- Surveillance de l'état de la cicatrice chirurgicale avec soins locaux quotidiens
- Surveillance des signes thrombo-emboliques: signe de Homans....

Pronostic

Le pronostic chez notre patiente est dominé par le risque élevé de récurrence en cas de grossesses ultérieures.

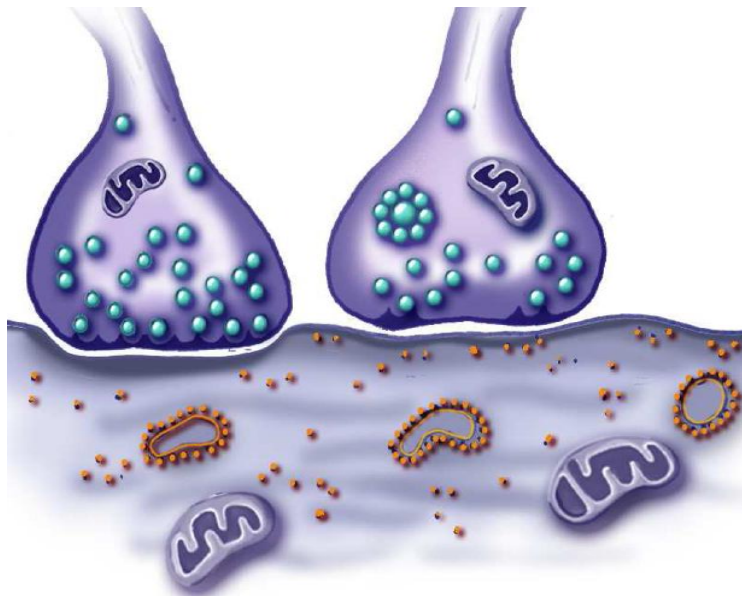
Moralités

Le diagnostic d'une GEU doit être évoqué de principe en cas de douleurs pelviennes associées à des métrorragies chez une femme en période d'activité génitale.

Exemples d'observation médicale



Neurologie



EXEMPLE: Accident vasculaire cérébrale

Identité

Patient XX , âgé de 46 ans, marié et père de 2 enfants, originaire et résident à Marrakech, fonctionnaire, droitier de latéralité ,amediste(reçu) ,et non mutualiste.

Motif de consultation

Impotence fonctionnelle de l'hémicorps gauche.

Antécédents

Personnels :

➤ Médicaux :

- Connu hypertendu sous traitement mal suivi.
- Non connu diabétique.
- Pas de cardiopathie ou de néphropathie connue
- Pas d'ATCDs d'aphtose buccale ou génitale récidivante.
- Pas de sécheresse buccale ou oculaire
- Pas de maladie de système ou d'endocrinopathie connue
- Pas de tuberculose ou de contag tuberculeux connu.
- Pas de néoplasie connue.

➤ Chirurgicaux :

- Patient opéré pour hernie inguinale bilatérale il y'a 6 ans .

➤ Toxico-allergique :

- Pas d'allergie connue
- Patient connu tabagique chronique à raison de 30 paquet /année.
- Pas de notion d'éthylisme.

➤ Médicamenteux :

- Pas de prise médicamenteuse au long court.

Familiaux :

- Cas similaires dans la famille chez la mère et la sœur.

Histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie semble remonter à 07 jours avant son admission par l'installation brutale d'une impotence fonctionnelle de l'hémicorps dt associée à une suspension de la parole, sans autres signes associés, notamment pas de signes extra neurologiques associés, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

Examen clinique

• Examen général :

- Patient conscient, SG 15/15, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.
- TA : 120/70 mmHg. FC :72 BPM FR : 22 C/min T° : 37°C.
- Conjonctives normalement colorées
- pas d'OMI.

• Examen neurologique :

➤ Etude de la Marche et de la station debout :

Marche en fauchage à dte,Romberg Négatif.

➤ Etude de la Force musculaire :

- Globale: *Patient tient le barré au niveau des deux membres sups.
- *Tient le Mingazinni au niveau des deux membres infs.
- Segmentaire : Quottées à 5/5 aux 4 membres.

➤ Etude du Tonus : Pas d'hypotonie ou d'hypertonie.

➤ Etude des Réflexes :

-Réflexes ostéo-tendineux (ROT):

Au niveau de l'hémicorps gauche, les réflexes sont présents.

Au niveau de l'hémicorps droit, Le stylo-radial et le cubito-pronateur sont vifs, diffusés, monokinétiques. Le tricipital et le bicipital sont vifs. Le rotulien et l'achilléen sont un peu vifs.

-Réflexe cutané-plantaire(RCP): En flexion à gauche, Babinski à droite.

-RPM : Absent.

-Réflexes cutané-Abdominaux(RCA) : présents

-Hoffman : absent

Reflexes Idiomusculaires : présents.

➤ **Etude de la Sensibilité** : notamment tactile fine, tactile grossière, thermo-algique, profonde et vibratoire est conservée à la limite de mon examen.

➤ **Etude de la Coordination** : Epreuve doigt-nez /Epreuve talon-genou sont sans anomalies.

➤ **Etude des paires craniennes** :

*Nerf olfactif : pas d'anosmie ou d'hyposomnie

*Nerf optique : acuité visuelle conservée, pas d'anomalies du champ visuel

*Nerf oculo-moteur commun : Pas de ptosis, ni mydriase

Pas de strabisme divergent.

*Nerf pathétique : Pas de diplopie

*Nerf trijumeau : Bonne mastication, sensibilité des différents segments de la face est conservée.

*Nerf oculo-moteur externe : pas de strabisme divergent

*Nerf facial : pas de PFP.

*Nerf cochléo-vestibulaire : Audition semble être normale

Pas de nystagmus.

*Nerf glosso-pharyngien : Pas de difficultés de déglutition

Réflexe nauséeux présent.

*Nerf vague : Pas de voix bitonale, pas de troubles végétatifs

*Nerf spinal : Pas d'amyotrophie du muscle sterno-cléido-mastoïdien, haussement des épaules normal.

*Nerf grand hypoglosse : motricité de la langue conservée

➤ **Etude des Fonctions supérieures** : Pas de troubles cognitifs.

• **Examen abdominal** :

- abdomen souple, respire normalement
- Pas d'hépatosplénomégalie .
- Orifices herniaires libres.

• **Examen pleuro-pulmonaire** :

- thorax symétrique
- MV bien perçus , VV bien transmises
- Pas de râles

• **Examen cardio-vasculaire** :

- BDC perçus, rythme régulier
- Pas de souffle, pas de bruits surajoutés.
- Pouls périphériques sont perçus et symétriques

• **Examen des aires ganglionnaires** :

- Pas d'adénopathies périphériques palpables.

Conclusion

Patiente âgée de 46 ans, connu tabagique chronique à raison de 30 paquets/année, connu hypertendue sous traitement mal suivi, admis dans notre formation pour une impotence fonctionnelle de l'hémicorps dt, associée à une suspension de la parole d'installation brutale 7 jours avant son admission, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général, chez qui l'examen clinique est en faveur d'un syndrome hémi pyramidal dt non proportionnel et impur.

Discussion diagnostic

- **Raisonnement** : Il s'agit d'un problème organique neurologique vu les signes objectivés à l'examen clinique (ROT vifs, Le Babinski)
- **Topographie** : Atteinte corticale .
- **Mécanisme** :
 - Mécanisme vasculaire : en premier lieu notamment **un AVC Ischémique**
 - Vu l'installation brutale. Les ATCDs d'HTA et de tabagisme, Le caractère systématisé de l'atteinte.

Examens paracliniques

❖ Bilan à visée diagnostic positif

Examens	résultats
TDM cérébral	Hypodensités du territoire de l'artère sylvienne gauche d'allure vasculaire avec une hypodensité occipitale gauche d'allure séquellaire

❖ Bilan à visée diagnostic étiologique

- Bilan cardiaque :
 - -ECG
 - -Echocoeur
 - -Echo-doppler des troncs supra-aortiques
- Bilan biologique :
 - NFS-PQ
 - TP-TCK
 - Sérologie TPHA/VDRL
 - -Sérologie HIV
 - -Bilan lipidique complet

Conclusion clinico-paraclinique

AVC ischémique du territoire de la sylvienne gauche chez une patiente de 46 ans tabagique chronique et hypertendue mal suivie.

Prise en charge thérapeutique

1. But

- ❖ Mesures générales
- ❖ Thrombolyse (en cas d'infarctus cérébral)
- ❖ Traitements antithrombotiques
- ❖ Traitement préventif
- ❖ Traitements étiologique

2. Myens

- ❖ Mesures générales
 - Alitement avec redressement de la tête à 30°.
 - Sonde gastrique si troubles de déglutition
 - Traitement progressif de l'hypertension artérielle si HTA > 220/120 mmhg
 - Lutte contre les ACCSOS : l'hypo/l'hyperthermie, l'hypoxie et l'hypercapnie, l'hyperglycémie et l'hypoglycémie...
 - Kinésithérapie motrice précoce, pour améliorer la perception d'un membre paralysé, prévenir les attitudes vicieuses et les limitations articulaires.

- Prévention de complications systémiques : thromboemboliques ulcère gastrique

❖ **Thrombolyse :**

La thrombolyse par le rt-PA (*recombinant tissue-Plasminogen Activator*) par voie IV est bénéfique lorsqu'elle est appliquée dans les 4 heures et demie qui suivent l'installation des premiers signes d'infarctus cérébral.

❖ **Traitements antithrombotiques :**

- Prescrits dès l'arrivée ou après un délai de 24 heures en cas de thrombolyse.
- Prévention d'une récurrence précoce d'infarctus cérébral :
Aspirine entre 160 et 300 mg par jour ou clopidogrel en cas de contre-indication à l'aspirine .
- Prévention d'une complication thromboembolique :
Héparine à doses **isocoagulantes** (sous forme d'HBPM) pour prévenir le risque thromboembolique veineux en cas d'alitement dû au déficit d'un membre inférieur

❖ **Traitement préventif : repose sur :**

- La prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires
- Antihypertenseurs
- Hypcholestérolémiants : Statines

❖ **Traitements étiologique :** en fonction de l'étiologie

3. Indications

Notre patiente a été adressée en consultation de neurologie avec **un traitement symptomatique**(voir ordonnance) avec **une lettre de kinésithérapie motrice** avec **des bons d'exams pour le bilan étiologique :**

Ordonnance :

- 1) Amlodipine 5 mg/j
- 2) Aspirine 160 mg /j
- 3) Simvastatine 20 mg/j
- 4) Nootropyl sirop 1 cac x3/j
- 5) Soins de nursing à domicile

4. Surveillance et suivi

La patiente a été adressée en consultation de neurologie dans une semaine avec bilan étiologique et consultation cardiologie.

Pronostic

La prévention primaire et secondaire est le seul garant d'un bon pronostic

Moralités

- Les AVC sont très fréquents, et elles le seront d'avantage au Maroc
- Les étiologies sont dominées par l'athérosclérose chez le sujet âgé.
- Chez le jeune un bilan étiologique exhaustif est à réaliser.
- Inert du traitement préventif

Exemples d'observation médicale

Gastro-entérologie-



EXEMPLE: Hémorragie digestive

Identité

Il s'agit du patient XY âgé de 65 ans originaire et résident à chichaoua sans profession. marié et père de 3 enfants, mutualiste (RAMED) et de bas niveau socio-économique.

Motif de consultation

Hématémèse de moyenne abondance

Antécédents

❖ Personnels :

○ Médicaux :

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| ▪ Pas de gastropathie | ▪ Pas de néphropathie |
| ▪ Pas d'hépatopathie | ▪ Non diabétique |
| ▪ Pas de colopathie | ▪ Soins dentaires informels |
| ▪ Pas de pancréatopathie | ▪ Jamais transfusé |
| ▪ Pas de cardiopathie, ni d'HTA | ▪ Pas de contage tuberculeux |
| ▪ Pas d'ATCD de néoplasie | ▪ Pas d'endocrinopathie |
| ▪ Pas de MICI | ▪ Pas de RGO |

○ Chirurgicaux :

- Pas d'ATCD de chirurgie

○ Toxico-allergique :

- Pas de Tatouage
- Pas de Scarification
- Pas de Prise médicamenteuse
- Alcolo-tabagique (tabagisme actif ou passif) : tabagique actif pdt 38 ans (kife)
- Pas de Points de feu

❖ Familiaux:

- Pas de cas similaire dans la famille ni de maladies héréditaire

Histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie remonte à 2 jours par l'installation brutale d'hématémèses de moyenne abondance à raison de 2 épisodes. le tout évoluant dans un contexte d'AEG (asthénie + anorexie) et des sensations fébriles sans douleur abdominale, ni troubles de transit ou autres signes digestifs ou extra digestifs.

Examen clinique

■ Examen général :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace, GCS : 15/15
- conjonctives légèrement décolorées
- pas d'OMI.

▪ TA : 110/60 mmgh	Taille : 165 cm
▪ FC : 85 bpm	poids : 47 kg
▪ FR : 20 cpm	IMC : 17,26
▪ T° : 37 °C	

■ Examen abdominal :

- *Inspection :*
 - Abdomen distend

-
- Presence d'une CVC abdominale
 - Pas de points de feux
 - Pas de cicatrice chirurgicale
 - Palpation :
 - Pas de défense ni contracture
 - Pas de Sensibilité localisée
 - Hépatomégalie à bord tranchant flèche hépatique à : 15 cm
 - Pas de SPM
 - Orifices herniaires libres
 - Percussion :
 - Matité des flancs
 - Auscultation :
 - Pas de souffle abdominal
 - Toucher rectal : sans anomalies
 - **Examen des aires ganglionnaires :**
 - Cervicaux : libres
 - Troizières : libres
 - Axillaires : libres
 - Epitrochléines : libres
 - Inguinales : libres
 - **Examen cutanéomuqueux :**
 - Pâleur cutanée
 - Pas d'ictère conjonctival
 - Pas de lésions de grattage
 - Pas de xérose cutanée
 - Pas d'angiomes stellaires
 - Pas d'erythroïse palmo-plantaire
 - Pas d'hypocratisme digital
 - Doigts blancs
 - **Examen cardio-vasculaire :**
 - Choc de pointe en place
 - Signe de Harzer négatif
 - Rythme régulier
 - B1 et B2 bien perçues
 - Pas de souffle ni de bruit sur-ajouté
 - Pas de frottement péricardique
 - Pouls périphériques bien perçus
 - Pas de souffle des gros axes vasculaires
 - Pas de TVJ ni de RHJ
 - **Examen pleuropulmonaire :**
 - Thorax symétrique, pas de masse ou déformation
 - Pas de CVC thoracique
 - VV : transmises
 - MV : bien perçus
 - Sonorité normale
 - **Examen neurologique :**
 - Astérisis : absent

- la marche : normale
- station debout : normale
- ROT : normaux
- Forces musculaires :
 - Globales:
 - MS : manœuvre de Barret :
 - MI : manœuvre de Mingazzini :
 - Segmentaires :
- Tonus musculaire : normal
- Sensibilité : conservée

■ **Le reste de l'examen clinique est sans particularités**

Conclusion clinique

Patient âgé de 65 ans ayant comme antécédents un tabagisme chronique avec des soins dentaires informels ,qui se présente pour des hématoméses de moyenne abondance avec AEG et des sensations fébriles sans autres signes associés, et chez qui l'examen clinique objective un patient conscient stable avec une ascite,une circulation veineuse collatérale abdominal et une hépatomégalie à bord tranchant.

Diagnostics à évoquer

<i>Diagnostic</i>	<i>Elements en faveur</i>	<i>Element contre</i>
1) Hypertension portale: <ul style="list-style-type: none"> a. Rupture de VO b. Rupture de VG c. Gastopathie hypertensive 	Age Hématémèses Soins dentaires informels(facteur de transmission virale)	Absence d'HPM ou de SPM
2) Tumorale: <ul style="list-style-type: none"> a. Carcinome épidermoïde de l'œsophage b. ADK de l'estomac 	Age ,tabagisme chronique Hématémèses Paleur cutané	Pas de dysphagie
3) Autres: <ul style="list-style-type: none"> a. Sd de Mallory-Weiss b. Hernie hiatale par ulcère du collet c. Œsophagite d. Gastrite 		

Bilans paracliniques

❖ **Bilan à demander en urgence:**

<i>Bilan</i>	<i>Intérêt</i>	<i>Résultats</i>
NFS-PQ	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher une anémie profonde nécessitant une transfusion urgente – Rechercher une hyperleucocytose ou une thrombopénie 	Hb:6 g/dl Pq:254.000/mm GB: 9.000/mm
TP-TCK	Rechercher un trouble d'hémostase	TP:60 % TCK:40 sec
Urée -Créatininémie	Rechercher un insuffisance rénale fonctionnelle et pour la prise en charge	Urée :0.15 g/l Créat:8 mg/l

	ultérieure.	
--	-------------	--

❖ **Bilan étiologique :**

Bilan	Intérêt	Résultats
Fibroscopie oeso-gastro-duodénale	<ul style="list-style-type: none"> – Localiser l'origine du saignement – Faire des biopsies si image suspecte 	Nombreuses varices oesophagiennes saignantes au contact sans gastropathie hypertensive
Échographie abdominale	Explorer l'état du foie, veine porte et la rate	Foie dysmorphique et hypertension portale sans nodules de régénération
Sérologies(HVC,HVB,CMV,HIV)	Dans le cadre d'une hémorragie digestive secondaire à une cirrhose post –hépatite virale	HVC:positive HVB,CMV,HIV:négatives

Conclusion clinic-paraclinique

Cirrhose hépatique post-hépatite virale C compliquée d'une hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes chez un patient de 65 ans tabagique chronique sans autres comorbidités associées.

Prise en charge thérapeutique

1. But

- Traitement symptomatique
- Traitement étiologique
- Éviter les complications

2. Moyens

➤ **Traitement symptomatique: les mesures thérapeutiques au urgences :**

En présence de signes d'instabilité hémodynamique des mesures thérapeutiques initiales dans un centre de soins intensifs s'imposent avant d'entamer l'enquête étiologique :

- **Pose de 2 voies veineuses périphérique de gros calibre (> 14G)**
- **Libération** des voies aériennes supérieures
- **Oxygénothérapie** (2à6l/mn), voire intubation+ventilation assistée(si tble de conscience, DR)
- **Remplissage** : fonction de l'abondance de l'hémorragie, assuré par du SS0.9% ou des macromolécules qui vise à corriger à minima la volémie.
- **Prélèvements** : NFS-pq, groupage sanguin rh et RAI, TP, TCA, ionogramme, fonction rénale
- **Transfusion** : Si Hte<25% et Hb<7g/dl

➤ **Traitement étiologique:** en fonction de l'étiologie

3. Indications: notre patient a bénéficié :

Au urgences:

- 2VVP +remplissage par du 2 L du SS0.9%+oxygénothérapie
- Transfusion par 2 culots globulaires
- IPP à double doses

Au service:

Traitement vaso-actif: Sondostatine

Ligature élastique de varices oesopagiennes

4. Surveillance

Clinique :

- Signes hémorragiques
- État hémodynamique

-
- Signes d'insuffisance hépato-cellulaire
 - Glycémie, diurèse

Paraclinique:

- Biologique: NFS-pq, TP-TCK, ionogramme, fibrinogène, Albuminémie.
- Morphologique: échographie abdominal, FOGD

Pronostic

Le pronostic de notre patient en stade de cirrhose est fâcheux vu les complications qui menacent le pronostic vital: insuffisance hépato-cellulaire, CHC, gastropathie hypertensive....

Moralités

Devant une hémorragie digestive il faut :

1. Poser le diagnostic positif
2. Evaluer la gravité de l'hémorragie .
3. Commencer les mesures thérapeutiques immédiates.
4. Enquête étiologique et prise en charge thérapeutique de la cause de cette hémorragie ultérieurement.

Exemples d'observation médicale

Pédiatrie



EXEMPLE: Ostéomyélite aigue

Identité

Il s'agit de l'enfant XY, âgé de 9 ans, benjamin d'une fratrie de 4, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse gémellaire, scolarisé, originaire et résident à Benguerir, mutualiste.

Motif de consultation

Douleur de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche

Antécédents

❖ Personnels :

- Vacciné selon le PNI
- Pas de notion de traumatisme récent
- Pas d'infection récentes de la sphere ORL ou cutanées ou autres
- Pas de notion de contage tuberculeux connu
- Pas de voyage récent

❖ Familiaux :

sans particularités

Histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie actuelle semble remonter à 24 heures par l'installation brutale d'une douleur intense de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche, continue, avec impotence fonctionnelle du membre inférieur homolatéral. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée d'asthénie et d'anorexie.

Examen clinique

L'examen général:

- Patient conscient, bien orienté dans le temps et l'espace, pâleur cutanéomuqueuse, pas d'œdèmes
- Poids : 30 kg Taille : 115cm
- FC : 108 bpm TA : 109/62 mm-Hg TRC < 3" FR : 24 cpm T : 38.8°C
- Pas de foyers infectieux ORL

Examen ostéoarticulaire:

L'inspection :

Genou gauche d'apparence normale, sans rougeur, sans tuméfaction, ni lymphangite

La palpation :

- Douleur de l'extrémité inférieure du fémur segmentaire, de siège métaphysaire et de type circonférentielle.
- L'interligne articulaire n'est pas douloureuse, il n'y a pas d'épanchement articulaire, et la mobilisation passive de l'articulation est possible => l'articulation du genou est normale.
- Absence de portes d'entrées infectieuses cutanées évidentes.
- Le reste de l'examen ostéoarticulaire est sans particularités.

L'examen cardiovasculaire :

Inspection

- Pas de déformations thoraciques
- Pas d'œdème des membres inférieurs
- Pas de circulation collatérale veineuse thoracique
- Pas de turgescence des veines jugulaires

Palpation

- Choc de pointe en place punctiforme
- Pas de signe de Harzer

- Pas de reflux hépato-jugulaire

Percussion

- Sonorité précordiale normale

Auscultation:

- Rythme régulier
- B1 et B2 bien perçus en place
- Pas de bruit ni de souffle surajouté

Examen des axes vasculaires:

- Pouls périphériques sont présents et symétriques

Examen pleuropulmonaire

Inspection:

- thorax symétrique
- pas de déformations thoraciques ni cicatrice chirurgicale

Palpation:

- vibrations vocales bien transmises

Percussion:

- sonorité thoracique normale dans les deux champs pulmonaires

Auscultation:

- Le murmure vésiculaire est bien perçu
- Absence de rales.

L'examen abdominal:

- Abdomen souple respire normalement,
- Pas de SPM ou d'HPM
- Les aires herniaires sont libres.

L'examen des aires ganglionnaires:

- Presence des adénopathies inguinales gauches dont la plus volumineuse mesure 1.5/0.5 cm douloureuses à la palpation.
- Les autres aires ganglionnaires sont libres.

Le reste de l'examen clinique est sans particularités

Conclusion clinique

Patient de 9 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente un syndrome douloureux de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche d'installation brutale depuis 24 heures évoluant dans un contexte de fièvre et de conservation de l'état général et chez qui l'examen clinique objective une douleur de l'extrémité inférieure du fémur gauche de type métaphysaire, segmentaire, circonferenciel et extra-articulaire associé à des adénopathies inguinales homolatérales gauches.

Diagnostics à évoquer

<i>Diagnostic</i>	<i>Elements en faveur</i>	<i>Element contre</i>
Ostéomyélite aigue	Age L'installation brutale	

	La localisation La douleur de type métaphysaire, segmentaire, circonférencielle et extra-articulaire	
Osté-arthrite du genou gauche	Le syndrome infectieux	Absence d'atteinte articulaire du genou gauche: La douleur de type métaphysaire, segmentaire, circonférencielle et extra-articulaire
Tumeur osseuse(sarcome d'Ewing)	Localisation de la douleur	L'évolution rapide Bonne état général
Rhumatisme articulaire aigu (dans sa forme mono-articulaire)		Absence d'atteinte articulaire
Traumatisme ou contusion		Absence de notion de traumatisme Syndrome infectieux

Examens paracliniques

- **Bilan biologique :**

- NFS : montre une hyper-leucocytose à polynucléaires neutrophiles.
Hb: 14 g/dl GB: 20.000/mm³ PNN: 13.000/mm³
PQ: 300.000 /mm³
- VS: accélérée
 - 95 mm la 1ère heure
 - 79 mm la 1ère heure
- CRP : élevée à 223 mg/l

- **Bilan radiologique:**

- Rx du fémur gauche : sans anomalies

Conclusion clinico-paraclinique

Syndrome douloureux métaphysaire de l'extrémité inférieure du fémur gauche chez un enfant de 9 ans et chez qui les investigations cliniques et paracliniques sont en faveur d'une ostéo-myélite aiguë.

Prise en charge thérapeutique

❖ **But :**

- Traiter l'infection
- Soulager la douleur
- Éviter les complications

❖ **Moyens:**

- Traitement médical: Antibiotiques, antalgiques et antipyrétiques
- Traitement orthopédique: attelle plâtrée(à but antalgique)

-
- Traitement chirurgical: en cas de complications: évacuation et drainage d'un éventuel abcès sous périoste

❖ **Indications:**

Chez notre patient; il s'agit d'une ostéomyélite au stade aigue, et le traitement consiste à:

- Une pénicilline du groupe M et un Aminoside :
 - Pendant la phase d'attaque (10 jours) les antibiotiques sont administrés par voie parentérale (l'aminoside est arrêté le 10ème jour).
 - Pendant la phase d'entretien : En cas d'évolution favorable, on garde un seul antibiotique qu'on administre par voie orale (en moyen 3 à 5 semaines).
- Paracétamol : x3/j si fièvre
- Une attelle plâtrée antalgique

❖ **Surveillance :**

- ***Clinique*** : quotidienne de:
La douleur ,la fièvre et l'impotence fonctionnelle.
- ***Paraclinique:***
NFS, CRP voir échographie des parties molles si ébauche de complications (abcès sous périoste).

Pronostic

Le pronostic d'une ostéomyélite bien traitée au bon moment est en général bon.

Moralités

- On doit savoir se contenter des données de l'examen clinique pour poser un diagnostic précoce d'une ostéomyélite aigue.
- Tout enfant présentant une douleur osseuse associée à une fièvre doit être considérée comme une ostéomyélite aigue et traitée comme telle jusqu'à preuve du contraire.

Apprendre l'observation médicale



Dans ce document ,vous trouverez tous les renseignements essentiels don't vous avez besoin pour mener une observation médicale fructueuse et complète.il vous aidera à recueillir les éléments pertinents de l'anamnèse et de l'examen clinique chez différentes populations de patients ainsi il va vous permettra d'affiner vos capacités de raisonnement clinique .

Nous avons pris soins de vérifier le précision de l'information présentée et de décrire des pratiques généralement admises, cependant l'auteur n'est pas responsable des erreurs et des oublis ou des conséquences de l'application des informations de ce document et il ne garanti ni explicitement ni implicitement,l'actualité,l'exhaustivité et la précision du contenu de ce document.

Les traitements et les soins préconisés ne doivent pas etre considérés comme des recommandations absolues et universelles.

Dr. yassine lemfadli

Medecin interne du Chu Med VI Marrakech

جمعية الأطباء الداخليين بمراكش
Association des Médecins Internes de Marrakech

