

MAGAZINE MÉDICO-CHIRURGICAL

K-KLINIK

[www K-KLINIK.lu](http://www.K-KLINIK.lu)

Mai - Juin 2018

N° 4

Comment Publier votre Cas Clinique dans K-KLINIK

Cher(e)s Collègues

K-KLINIK est un magazine fait par les Professionnels de la Santé
pour les Professionnels de la Santé.

Vos Cas Cliniques nous intéressent.
Venez les partager avec nous.

Comment Publier votre Cas Clinique :

Pour cela, il suffit de nous Contacter au **621 25 22 10**
et nous faire parvenir les éléments du dossier (**Cas réel**)

Laissez-vous guider :

Nous vous aidons à toutes les étapes de la réalisation.

Nous pouvons, même, soumettre votre Cas Clinique exposé
à un expert de la discipline, si vous le souhaitez.

Nous sommes là pour vous aider.

Direction K-KLINIK



Dr. MULLER Richard
Médecin spécialiste en Neurologie et Addictologie
Esch-sur-Alzette, Luxembourg

AVANT - PROPOS

Avec le temps nombre de grandes maladies psychiatriques ont fini par devenir des maladies neurologiques, tel l'épilepsie et la schizophrénie au 20^{ème} siècle. Mais il y a aussi un mouvement inverse vers la psychiatrie.

Avec la protection sociale croissante la maladie et surtout la documentation médicale est devenue le justificatif qui cautionne une existence assistée. Nous connaissons tous la grande nébuleuse de trois grands D: «La Douleur, la Dépression et le Dossier médical épais», ce dernier fait des symptômes touchant aux spécialités les plus diverses, mais in fine sans une organicité franche malgré le très grand nombre d'examen, d'interventions et de traitements organiques. La gestion de tels dossiers et de tels patients fait partie de notre quotidien. Je suis surpris aussi combien de collègues dont le regard restreint strictement sur leur organe respectif, sans prendre en compte toute la personne, alimentent ainsi richement le dossier 3D, et où l'organicité qu'ils documentent n'est in fine pas le problème. C'est aussi l'enseignement que m'a apporté l'addictologie, qui est une formidable interface entre le biologique, le psychique et le sociétal.

Quand j'ai commencé à exercer au Luxembourg en 1987 j'ai été vite confronté au grand nombre de crises épileptiques tardives chez l'adulte, et qui toutes sans exemption étaient dues à des sevrages, soit d'alcool soit de benzodiazépines. J'ai commencé alors à m'intéresser plus particulièrement à cette maladie et à me former par mes patients, par des congrès et surtout par un contact étroit et régulier avec les alcooliques anonymes. Au centre de cette maladie il y a une impossibilité de consommer une drogue récréative que manie sans problème la grande majorité de la population. Un être humain atteint de cette maladie va mobiliser toutes ses ressources pour cacher, rationaliser et vivre comme ceux qui n'ont pas ce problème de fixation permanente vers un objet du désir devenu objet d'une passion.

Neurologiquement c'est surtout les structures dopaminergiques au centre de l'encéphale qui retiennent l'attention. Dans le nucleus accumbens se trouve la voie finale de la récompense de tout genre: qu'elle soit sexuelle, amoureuse, sportive ou autre même des activités plus sombres tel que le plaisir à faire du mal à autrui. Il y a dans ces petites zones une certaine prolifération consolidation des synapses qui fait qu'il y a une mauvaise interface avec la récompense. La question fascinante du libre arbitre se pose aussi par ce fait physiologique: comment une population de 300 000 neurones de chaque côté, peut tenir en otage le restant de la population de 9 milliards de cellules. C'est comme si la population du Luxembourg dominait la vie entière d'une population plus grande que la population de notre planète.

Psychologiquement. Il s'agit surtout de ce qui se passe dans temps de l'absence à la récompense. L'alcoolique connaît un détournement quasi permanent de toutes les ressources de sa pensée. Sa vie intérieure tourne autour de la prochaine rencontre avec la substance. La meilleure analogie est celle de l'amoureux que 100 chevaux ne retiendront pas. Chez cet «amoureux fou» il faut attendre une bascule, un point zéro quand la conjonction de dépression et la complication de sa vie, soit dans son travail, soit dans la famille qui commence à bouger, ou tout simplement avec la santé qui flanche. Ce n'est lorsque l'abîme tout, proche a été réalisé qu'une phase de sortie peut-être envisagée. C'est le rôle du médecin addictologue de lui montrer, de rendre vivant et visible cet abîme. Mais c'est une réalisation qui pour le patient doit rentrer dans son quotidien et la fréquentation régulière d'un groupe basé sur la parole et le témoignage maintiendra son engagement. C'est le caractère incurable mais pas intraitable qui permet au sujet de se reconstruire plus réalistiquement et de vivre enfin de manière plus apaisée.

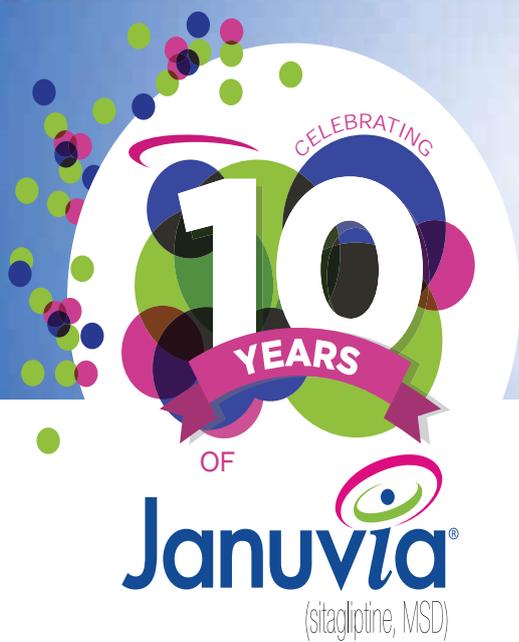
Du point de vue sociétal. La santé est devenue une industrie qui attire de plus en plus fortement les ambitions financières. Car le health business est énorme et surtout too big to fail, ceci encore plus que pour les grandes banques.

Le médecin est le seul à avoir les trois savoirs: le biologique, le psychologique et le sociétal. Ce troisième savoir il le connaît comme il est le gate-keeper d'un grand nombre d'avantages sociaux: que ce soit la rente précoce, l'invalidité ou le chômage de longue durée. Ceci doit être acté par un certificat médical, sa signature est l'acte notarial qui garantit toute la légitimité de ces filières. Et dans les jours de pénurie future on nous reprochera assez durement toutes ces signatures.

Notre position a un grand désavantage. Le désavantage est que le médecin travaille sur le terrain et donc pour s'impliquer dans le volet réseau et administration il doit prendre en compte un retranchement net sur son temps et son revenu.

Notre langage médical et psychologique a infiltré tout les domaines de la société. Et il est temps d'opérer une réappropriation du sujet, de refaire une médecine faite par des médecins. Aussi et surtout de s'engager dans des projets complexes tel l'hôpital ou les divers réseaux se groupant autour d'une maladie.

Les plus de 30 ans d'addictologie m'ont aidé à travers cette maladie à voir que le champ médical est aussi grand que le champ entier de la société, et que les forces vives importantes sont sur le terrain. Je pense que le temps est de notre côté, car un nombre croissant de problèmes de société vont devenir de plus en plus ingérables et le discours bancodjuridique à lui tout seul ne peut plus faire face aux défis importants qui commencent à peser de partout. La tâche est grande, notre métier aussi.



Veuillez consulter la notice scientifique avant toute prescription.
Vous pouvez consulter SMPC et prix publics sur www.mymd.be

MSD Luxembourg S.à.r.l. Rue de l'Industrie 11 / L-8399 Windhof

DIAB-1186859-0001 • Date of last revision 05/2017



Dr. MANAVI H-R
Médecin spécialiste en
Gériatrie à Esch-sur-Alzette
Rédacteur en chef

ÉDITO

K-KLINIK est « un magazine fait par les professionnels de la santé pour les professionnels de la santé »

Cher(e)s Collègues,

C'est toujours avec autant de plaisir que je vous annonce le nouveau numéro de votre magazine : **K-KLINIK N° 4**.

Dans ce **K-KLINIK N° 4**, mai-juin 2018, nous avons choisi «**les Comas**» comme sujet du **DOSSIER K-KLINIK**.

En pratique quotidienne, comme en garde, nous sommes très souvent devant un état comateux qu'il faut traiter en urgence.

Comme toujours, le but essentiel de ce dossier est de réactualiser nos connaissances professionnelles. Nous parlons également, dans ce numéro, du «**Coma dépassé**» ou «**la mort cérébrale**».

Nous abordons également la législation Luxembourgeoise (comme Française...) concernant les dons d'organes (prélever sur les patients) dans un coma stade IV ou dépassé où « la mort cérébrale » est prononcée.

Par ailleurs, nous avons abordé, dans un cas clinique, «le sevrage alcoolique».

Par ce biais nous avons ouvert une porte sur toutes les addictions, qui feront l'une après l'autre sujet de cas cliniques concrets.

C'est pourquoi l'avant-propos de ce numéro est rédigé par le Docteur **Richard Muller** Médecin Neurologue et Addictologue.

Nous souhaitons aborder toutes les addictions (légal et illégal) soit dans des cas cliniques concrets, soit dans un **DOSSIER K-KLINIK**, sans mépriser ni stigmatiser ces «Consommateurs».

Pendant des années, la terminologie de «Drogues» (usage et dépendance) était un sujet tabou, certainement à cause du regard réprobateur de la société sur ces consommateurs «Usagers de Droge».

De ce fait, les consommateurs et usagers n'osaient pas en parler, alors que c'est le premier pas vers la reconnaissance de leur pathologie et aussi vers ce long «chemin» de guérison! Fort heureusement, depuis une vingtaine d'années, le «Concept d'addiction» au sens large, remplace le terme péjoratif de drogue et de sa dépendance.

Ce changement est justifié scientifiquement : puisqu'il s'agit d'un même « circuit » du plaisir au niveau du cerveau.

Alors que le terme drogue et usage de drogue et dépendance sont des termes d'origine sociétale.

Dès lors, les patients parlent plus facilement de leur «expérience» et ses conséquences, sans être stigmatisés ni jugés (ni par le médecin, ni par la société...)

En France, et probablement ailleurs, un mort sur cinq (1/5) est en rapport avec une addiction (directe ou indirecte)

Une délinquance sur deux (1/2) est en rapport direct avec une addiction.

Ceci est un problème de société mais aussi de la Santé Publique.

Quant à **K-KLINIK**, nous voulons aborder, parler, réactualiser nos connaissances, la prise en charge et le traitement au regard de ces addictions.

Je tiens toujours à vous rappeler, mes cher(e)s Collègues, que vous pouvez également, exposer vos **Cas Cliniques**.

Pour cela, il suffit de nous contacter afin de vous guider et vous aider dans la rédaction et la mise en page. Nous sommes là pour faciliter votre travail.

Quant à moi, je vous souhaite une bonne lecture et je reste à votre écoute pour améliorer et adapter à vos besoins les futurs numéros de **K-KLINIK**.

Rédacteur en chef, Dr MANAVI

Mentions légales

Editeur : KKLINIK Sàrl	N° TVA: LU29285949	N° d'Identité Nationale:	20172418520
Rédacteur en chef :	Dr. MANAVI H-R	Directrice éditoriale :	Madame CLATOT Stéphanie
www.K-KLINIK.lu	Imprimeur : Luxgeston / www.luxgeston.com		

Les cas cliniques exposés dans le magazine K-KLINIK ne comportent pas de publicité.

Dans chaque K-KLINIK les auteurs vous proposent un schéma diagnostique et thérapeutique sous leur propre responsabilité.

En aucun cas, KKLINIK Sàrl peut être tenu responsable des opinions des auteurs.

Les publicités sont publiées sous la seule responsabilité des annonceurs (contrat).

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction, par quelque procédé que ce soit, sont interdits.

Comment Publier votre Cas Clinique dans K-KLINIK

Cher(e)s Collègues

K-KLINIK est un magazine fait par les Professionnels de la Santé
pour les Professionnels de la Santé.

Vos Cas Cliniques nous intéressent.
Venez les partager avec nous.

Comment Publier votre Cas Clinique :

Pour cela, il suffit de nous Contacter au **621 25 22 10**
et nous faire parvenir les éléments du dossier (**Cas réel**)

Laissez-vous guider :

Nous vous aidons à toutes les étapes de la réalisation.

Nous pouvons, même, soumettre votre Cas Clinique exposé
à un expert de la discipline, si vous le souhaitez.

Nous sommes là pour vous aider.

Direction K-KLINIK



ketterthill

LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

VALEURS DE RÉFÉRENCES

	FEMMES	HOMMES	
Hématologie			
Erythrocytes	3.80 - 5.30	4.20 - 5.80	T/L
Hémoglobine	12.0 - 16.0	13.0 - 17.0	g/dL
Hématocrite	34.0 - 47.0	37.0 - 50.0	%
Leucocytes		4.000 - 10.000	G/L
Plaquettes		150 - 400	G/L
Biochimie hémato			
Ferritine	10 - 205	22 - 275	ng/mL
Coefficient de Saturation de la transferrine		15.0 - 45.0	%
Bilan rénal			
Créatinine	0.6 - 1.1	0.7 - 1.2	mg/dL
DFG (MDRD)		> 60	mL/min/m ²
Urée	15 - 40	19 - 44	mg/dL
Acide urique	2.6 - 6.0	3.5 - 7.2	mg/dL
Ionogramme			
Sodium		136 - 145	mmol/L
Potassium		3.5 - 5.1	mmol/L
Chlore		98 - 110	mmol/L
Calcium		8.4 - 10.2	mg/dL
Magnesium		1,7-2,2 < 20 ans 1,6-2,6 > 20 ans	mg/dL
Hemostase - Coagulation			
D-Dimères		< 500	ng/ml
Bilan glucidique			
Glycémie		70 - 105	mg/dL
Hb A1c		4.0 - 6.0	%
Bilan lipidique			
Cholestérol total		Pas de valeurs de référence.	
Cholestérol H.D.L.		A évaluer en fonction des autres facteurs de risque cardio-vasculaire.	
Triglycérides		< 150	mg/dL
Protéines			
Protéines totales		64 - 83	g/L
Albumine		38.0 - 55.0	g/L
CRP		< 5	mg/L
Bilan hépato-pancréatique			
Bilirubine totale		0.3 - 1.2	mg/dL
G.G.T.	9 - 36		UI/L
G.O.T.		5 - 34	UI/L
G.P.T.		< 55	UI/L
Lipase		8 - 78	U/L
Enzyme musculaire			
C.P.K. Totale	< 170	< 300	U/L
C.K. MB Massique	< 3.2	< 4.5	ng/mL
Enzymes cardiaques			
BNP		< 100	pg/mL
Troponine I hs	< 16	< 34	pg/mL
Hormones			
TSH		0.35 - 4.5	mUI/L
T4 libre		0.7 - 1.5	ng/dL
T3 Libre		1.7 - 3.7	pg/mL
Marqueurs tumoraux			
PSA		< 4.00	ng/mL

K-KLINIK

La Direction et toute l'équipe de **K-KLINIK** tiennent à remercier chaleureusement les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce numero :

8

Dr. GUTA Daniel

Dr. HAMADACHI Karim

Dr. KEIPES Marc

Mme LOUVEL Sophie

Dr. MODERT Fernand

Dr. MOLKO Philippe

Dr. MULLER Richard

Mme RAMOS Fernanda

Dr. RANCIER Marc

Dr. RIBEMONT Annie-Claude

M. SALLES Damien

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos (Dr. Richard MULLER)	PAGE	3
Edito (Dr. MANAVI H-R)	PAGE	5
Normes et Valeurs Biologiques (Laboratoire Ketterhill)	PAGE	7
Table des matières	PAGE	9
Avis de Lecteurs et Lectrices / Corrections	PAGE	10
Abréviations	PAGE	11
K-KLINIK-1- La fièvre lui fait dire n'importe quoi !	PAGE	13
K-KLINIK-2- Un mal de chien	PAGE	15
K-KLINIK-3- Demain! ... J'arrête	PAGE	17
DOSSIER K-KLINIK par Dr. RIBEMONT Annie-Claude, Dr. MANAVI H-R- Les Comas	PAGE	20
K-KLINIK-4- Qu'est-ce que j'ai, docteur?	PAGE	29
K-KLINIK-5- Un repas de famille	PAGE	33
K-KLINIK-6- Fièvre et frissons	PAGE	36

TABLE DES MATIÈRES DES DIAGNOSTICS

K-KLINIK-1- Altération de l'Etat Général / Pneumopathie / Délirium - Confusion	PAGE	13
K-KLINIK-2- Douleurs abdominales-Appendicite aigüe	PAGE	15
K-KLINIK-3- Sevrage alcoolique	PAGE	17
DOSSIER K-KLINIK par Dr. RIBEMONT Annie-Claude, Dr. MANAVI H-R - Les Comas	PAGE	20
K-KLINIK-4- Diabète de type II, de novo	PAGE	29
K-KLINIK-5- Colique hépatique	PAGE	33
K-KLINIK-6- Angiocholite aigüe	PAGE	36

AVIS DE LECTEURS ET LECTRICES



CORRECTIONS

1. Dans le K-KLINIK N° 3, Mars-Avril 2018 (page 8)

Nous avons oublié de remercier **Docteur Marc KEIPES**

C'est pourquoi dans ce numéro nous lui adressons nos remerciements les plus amicaux.

2. Page 25 K-KLINIK N° 3 Mars-Avril 2018

Nous avons modifié la **page 25** avant de signer le BAT (Bon À Tirer) mais malheureusement cela n'a pu être effectué par l'imprimeur.

C'est pourquoi vous avez la **page 25** avec les modifications.

DOSSIER K-KLINIK

LES SYMPTOMES

- Règle abondantes surtout 3 et 4^{ème} jour du cycle
- Douleurs/règles douloureuses (constantes 50-90%) dysménorrhée
- Douleurs pendant les rapports (dyspareunie)
- Infertilité (40%) c'est la cause la plus fréquente d'infertilité chez la femme.
- Douleurs et difficulté à uriner (troubles urinaires)
- Douleurs et difficultés à déféquer (troubles digestifs)
- Lombalgies

Dans tous les cas :

- les douleurs sont intenses, progressives
- les douleurs sont cycliques
- les douleurs sont plus aiguës au moment de l'ovulation et/ou des règles (pics)

AUTRES SIGNES

- saignements prémenstruels
- apparition de kystes
- fatigue

Compléments d'informations

Certains auteurs, comme Docteur Belaisch et Professeur Madelenat, distinguent deux types d'endométriose :

> les « vraies » (10%) qui se manifestent de façon symptomatique

> les « Subtiles » (90%) qui sont asymptomatiques et sont considérés comme un phénomène physiologique naturel.

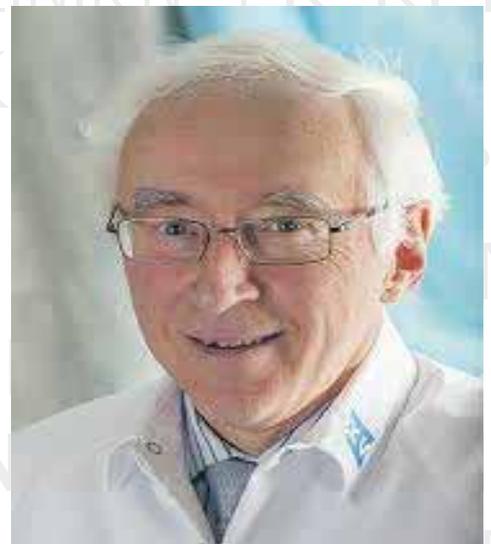
Beaucoup de chercheurs concentrent leur travail sur toutes les causes pour lesquelles dans 10% des cas ce phénomène devient pathologique.

Quant aux origines de l'endométriose, officiellement elles restent inconnues.



ABREVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien	IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché	IPS	Index de Pression Systolique
ARA2	Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II	IRA	Insuffisance Rénale Aigüe
BGN	Bacille Gram Négatif	IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
BMI	Body Mass Index	kg	Kilogramme
BNP	Brain Natriuretic Peptide	LDH	Lactate DésHydrogénase
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive	MAV	Malformation Artério-Veineuse
CAE	Conduit auditif externe	MI	Membre Inférieur
CAT	Conduite À Tenir	mn	Minute
CG	Culot Globulaire (transfusion)	M.V	Murmures Vésiculaires
CIVD	Coagulation IntraVasculaire Disséminée	NACO	Nouvelle AntiCoagulation par voie Orale
cm	Centimètre	OMI	Oedèmes des Membres Inférieurs
CMOH	Cardiomyopathie Obstructive Hypertrophique	PA	Paquets-Années (Tabac) <small>pneumologie</small>
CPRE	CholangioPancréatographie Rétrograde	PA	Phosphatases Alcalines
CRP	C-Réactive Protéine	PA	Pression Artérielle <small>cardiologie</small>
DC	Débit Cardiaque	PEEP	Positive End-Expiratory Pressure
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire	PSNP	Paralyse Supra-Nucleaire et Progressive
DID	Diabète Insulino Dépendant	PVC	Pression Veineuse Centrale
DTS	Désorientation Temporo-Spatiale	RAA	Réticulaire Activateur Antérieur
DNID	Diabète Non Insulino Dépendant	RRS	Rythme Régulier Sinusal
ECG	ElectroCardioGramme	Sat	Saturation
FA	Fibrillation Atriale	s	Seconde
FC	Fréquence Cardiaque	SDRA	Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe
FE	Fraction d'Éjection	SGOT	Sérum Glutamo-Oxalate Transférase
FO	Fond d'Œil	SGPT	Sérum Glutamopyruvate Transférase
FR	Fréquence Respiratoire	TACFA	Tachyarythmie Complète par Fibrillation Atriale
FV	Fibrillation Ventriculaire	TDM	Tomodensitométrie
GDS	Gaz Du Sang	TFI	Trouble Fonctionnel Intestinale
HAS	Haute Autorité de Santé	TV	Tachycardie Ventriculaire
Hb	Hémoglobine	TVP	Thrombose Veineuse Profonde
HBPM	Héparine de Bas Poids Moléculaire	UI	Unité Internationale
HNF	Héparine Non Fractionnée	VGM	Volume Globulaire Moyen
HTA	HyperTension Artérielle	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
IA	Intra-Artériel	VNI	Ventilation Non Invasive
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion		
IV	Intraveineux		
IMC	Indice de Masse Corporelle		
INR	International Normalized Ratio		



Cas clinique présenté par :
K-KLINIK magazine



K-KLINIK-1

Cas clinique expertisé par :
Dr. HAMADACHI Karim
Médecin spécialiste en Gériatrie
Luxembourg

La fièvre lui fait dire n'importe quoi!

Anamnèse

Patient âgé de 80 ans, a été admis pour Altération de l'Etat Général et propos incohérents, d'après sa femme et son fils. En effet, depuis quelques heures, il n'est pas comme d'habitude. Il semble fatigué, altéré, et surtout il tient des propos incohérents. Il s'agit de façon désordonnée ce qui a inquiété sa femme et son fils.

Aux urgences, à plusieurs reprises, il a arraché les câbles de l'ECG et le brassard du tensiomètre.

Le patient semble très inquiet et anxieux, et très désorienté.

Ses constantes, à l'arrivée du médecin traitant, sont :

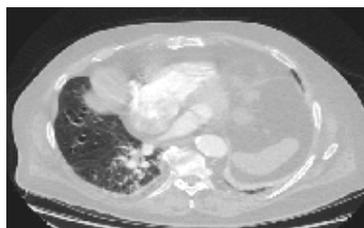
TA :	120/60 mmHg
Pouls :	110/mn
Glycémie :	1,2g/l
Saturation:	90% sous air ambiant

Examen clinique au lit du patient montre :

Glasgow	14/15
Une fièvre à	39°5C
TA :	160 /95 mmHg
Pouls :	110/mn
Saturation à	88% sous air ambiant

Examen neurologique est normal et symétrique : absence de déficit moteur, absence déficit sensitif

- 1- A ce stade, quelle est votre conduite à tenir ? Détaillez ?
- 2- Quels examens complémentaires demandez-vous? Argumentez .
- 3- Le scanner thoracique est affiché ci-dessous, détaillez l'image .



- 4- Comment expliquez-vous les troubles du comportement et l'agitation ?
- 5- Détaillez votre conduite à tenir: Prise en charge et le traitement.

**1- A ce stade, quelle est votre conduite à tenir ?
Détaillez ?**

Ce patient âgé de 80 ans est admis aux urgences suite à la survenue d'un syndrome confusionnel aigu (cf. anamnèse famille) avec un examen clinique initial montrant une confusion avec fièvre, tachycardie et dyspnée.

Il convient à ce stade de rassurer le malade et sa famille et de débiter un bilan étiologique à la recherche du/des facteurs ayant pu déclencher ce syndrome confusionnel aigu.

2- Quels examens complémentaires demandez-vous, argumentez ?

L'étiologie infectieuse est probable dans ce contexte. Il sera demandé une hémoculture d'emblée avec une radiographie thoracique vu le point d'appel respiratoire.

Il sera également demandé en première intention un bilan biologique standard pour rechercher un syndrome inflammatoire biologique, mais aussi d'éventuels troubles métaboliques (troubles ioniques, glycémie, calcémie, protidémie, NFS...), évaluer la fonction rénale, thyroïdienne et cardiaque et dosage toxicologique selon le contexte (éthanol, BZD...).

Enfin, en première intention devant tout syndrome confusionnel aigu aux urgences, il sera demandé de rechercher une rétention vésicale aiguë associée ou non à un fécalome (examen clinique : palpation, toucher rectal, et en cas de nécessité, recourir à une mesure du résidu post mictionnel par un échographe vésical portable au lit du malade et/ou un ASP).

3- Le scanner thoracique est affiché ci-dessous, détaillez l'image .

Le scanner thoracique confirme une **pneumopathie lobaire de la base droite**.



4- Comment expliquez-vous les troubles du comportement et l'agitation ?

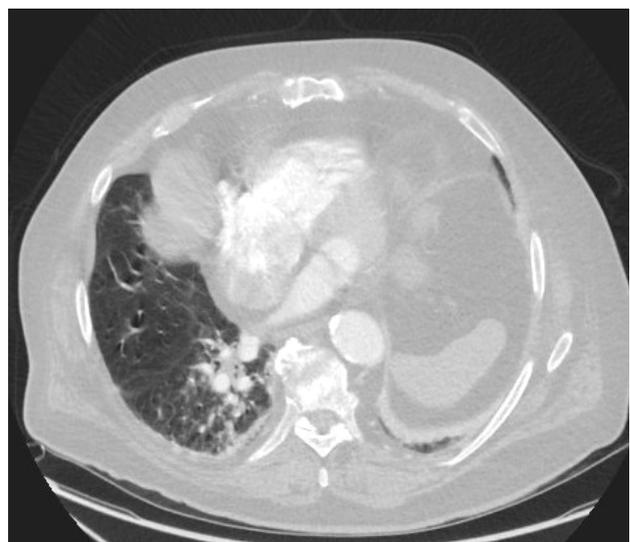
Le diagnostic de **syndrome confusionnel aigu** est posé dans ce cas devant les troubles de la conscience de soi et de son environnement, des troubles de l'attention et des troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale).

Le facteur déclenchant semble être une infection pulmonaire qui bénéficiera du traitement adéquat: oxygénothérapie si SaO₂<90%, Antibiothérapie : amoxicilline+ac clavulanique 1g/200 mg 3 fois par jour pendant 7-10 jours par voie parentérale puis relais per os. Si allergie aux pénicillines : macrolides exemple Clarithromycine 500 mg 2 fois par jour ou en cas de suspicion d'inhalation Ceftriaxone 1gr 1/J + Metronidazole 500 mg 3/J pendant 7-10 J).

Il convient aussi de réviser, à la faveur de cette hospitalisation, l'ordonnance du patient pour limiter le risque de polymédication.

5- Détaillez votre conduite à tenir: Prise en charge et le traitement.

Enfin, le syndrome confusionnel survient généralement sur un cerveau fragilisé. Il est donc recommandé de réaliser un test MMSE dès que l'état du patient le permet afin de disposer d'un score de référence. Une réévaluation à distance de l'épisode aigu (3-6 mois) est également nécessaire idéalement dans un centre mémoire (exemple hôpital de jour diagnostique à orientation gériatrique). En effet, la confusion aiguë peut-être le signe révélateur d'une démence si celle-ci était jusque-là méconnue. La distinction d'une confusion aiguë et d'un trouble psycho-comportemental lié à une démence n'est pas toujours aisée. Elle revêt tout son intérêt aux urgences afin d'éviter une perte de chance sérieuse à la personne âgée compte tenu de la gravité du pronostic fonctionnel et cognitif.



Cas clinique présenté par :
K-KLINIK magazine



K-KLINIK-2

Cas clinique expertisé par :
Dr. GUTA Daniel
Médecin spécialiste en Chirurgie Générale
Esch-sur-Alzette, Luxembourg

Un mal de chien!

Anamnèse

Une jeune femme de 19 ans, vient aux urgences pour des douleurs abdominales croissantes depuis 24 heures. Elle décrit sa douleur, dans la région abdomino-pelvienne, en barre.

Ses constantes sont :

Température :	38,4°C
Saturation :	98% sous air ambiant
TA :	110/60 mmHg
Pouls :	87/mn

15

- 1- Énumérez les diagnostics possibles, à ce stade ? Argumentez.
- 2- Décrivez en détail, votre «démarche diagnostique».
- 3- Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Résultats des examens :

CRP :	120 mg/l
Leucocytes :	14 000 G/l
PNN :	10 500 G/l

L'échographie abdominale montre :



TDM abdominale sans produit de contraste montre :



- 4- Quel est votre diagnostic ? Argumentez .
- 5- Quel traitement proposez-vous ?

1- Énumérez les diagnostics possibles, à ce stade? Argumentez.

- Diverticulite caecale – rencontrée souvent chez des patients jeunes (incidence de 1.5% dans l'Europe Occidentale)
- Diverticulite de Meckel – le diverticule de Meckel est une relique congénitale du canal omphalo-mésentérique situé à +/- 30cm de la valve iléo-caecale dont l'inflammation peut faire migrer le grêle dans la fosse iliaque droite simulant une appendicite aigüe. Si une appendicite n'est pas retrouvée lors de l'exploration chirurgicale un diverticule de Meckel devrait être cherché.
- Iléite terminale – causée le plus souvent par une infection bactérienne auto limitée et très souvent associée à la diarrhée
- Maladie de Crohn : associe la fatigue, diarrhée prolongée avec ou sans rectorragies
- Abscess tubo-ovarien : masse inflammatoire comprenant l'annexe et l'ovaire, souvent retrouvée pendant la période reproductive suite à une infection urinaire.
- Maladie inflammatoire du pelvis : douleur récente aggravée lors des contacts, située dans les quadrants inférieurs.
- Kyste ovarien rompu : douleurs installées brusquement unilatéralement, le plus souvent à droite, après un effort physique ou acte sexuel
- Torsion ovarienne : les symptômes ne sont pas spécifiques et demandent ou prise en charge chirurgicale rapide afin de préserver la fonction ovarienne
- Endométriose : douleurs plutôt chroniques et cycliques, dysménorrhée, dyspareunie...
- Colique rénale : douleur de type colique...
- Grossesse extra utérine : symptomatologie similaire à un kyste ovarien rompu

2- Décrivez en détail, votre «démarche diagnostique».

L'**appendicite aigüe** est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente. Son diagnostic suspecté devant une douleur fébrile localisée en fosse iliaque droite reste difficile si on ne se fonde que sur les données clinico-biologiques.

Devant une suspicion d'appendicite l'examen clinique reste un outil très important car 20% des patients gardent une biologie normale.

Le bilan paraclinique devrait commencer par une prise de sang comprenant une NFS, la CRP et la B-HCG.

Ensuite une échographie peut être effectuée, malgré une sensibilité de 86%, cette technique non irradiante est à privilégier en premier chez les sujets jeunes et la femme en âge de procréer.

En cas de symptômes gynécologiques associées il est licite de demander une échographie endo vaginale par le gynécologue.

Quel que soit le résultat de la prise de sang le CT scan reste le gold standard dans le diagnostic différentiel de la douleur abdominale avec une sensibilité de 96%. Son utilisation permet de réduire à 3 % le taux d'intervention avec appendice sain.

L'objectif d'une imagerie est d'éliminer un diagnostic différentiel (tumeur du cæcum, iléite, diverticulite iléale ou du côlon droit, pathologie de l'ovaire, salpingite, etc.) et donc de diminuer les indications de laparoscopie alors que l'appendice est sain, de dépister un appendice en position inhabituelle ou une complication.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), peu utilisée car coûteuse et peu accessible en urgence, est particulièrement indiquée après l'échographie chez la femme enceinte.

3- Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Résultats des examens :

- Prise de sang : CRP : 120 Leucocytes : 14 000 PNN : 10 500
- L'échographie abdominale montre : épaissement de l'appendice sans liquide libre
- TDM abdominale sans produit de contraste montre : absence d'anomalie

4- Quel est votre diagnostic ? Argumentez .

Appendicite aigüe

Devant une multitude des diagnostics différentiels le CT scan nous a permis dans ce cas surtout d'exclure une pathologie gynéco/urologique.

L'échographie, malgré sa sensibilité/spécificité modestes, nous a montré un appendice dilaté qui reste un signe pathognomonique d'appendicite, diagnostic qui a pu d'ailleurs être confirmé également par l'absence d'autres symptômes gynécologiques ou urologiques.

5- Quel traitement proposez-vous ?

Malgré les études récentes qui ont prouvé l'efficacité des antibiotiques seuls entre 70-90% cas d'appendicite non compliquée, l'appendicectomie reste le traitement de routine, le traitement non opératoire restant tout de même un choix pour les malades qui refusent la chirurgie ou ont une contre-indication chirurgicale.

L'abord chirurgical de référence peut être considéré ce jour la **laparoscopie** pour plusieurs raisons :

- confirmation du diagnostic
- diminution des complications pariétales et des risques d'occlusions sur brides,
- réduction de la durée d'hospitalisation
- réduction de la douleur post opératoire
- l'approche idéale pour les patients âgés et les patients obèses.

CELEBRATING
10
YEARS
OF
Januvia
(sitagliptine, MSD)

Janumet
(sitagliptine/metformine, MSD)

Veillez consulter la notice scientifique avant toute prescription.
Vous pouvez consulter SMPC et prix publics sur www.mymd.be
MSD Luxembourg S.à.r.l. Rue de l'Industrie 11 / L-8399 Windhof
DIAB-1186859-0001 • Date of last revision 05/2017

Cas clinique présenté par :
K-KLINIK magazine



K-KLINIK-3

Cas clinique expertisé par :
Dr. MULLER Richard
Médecin spécialiste en Neurologie et Addictologie
Esch-sur-Alzette, Luxembourg

Demain! ... J'arrête

Anamnèse

Mr. L. âgé de 56 ans, consulte pour la première fois, pour arrêter l'alcool:
«Je dois, à tout prix arrêter de boire sinon ma femme va me quitter».
Mr. L. est un entrepreneur du bâtiment, âgé de 56 ans.
C'est son deuxième mariage, il a 3 enfants (une fille d'un premier mariage et 2 garçons du deuxième mariage).

L'examen clinique montre

Taille	1m92
Poids	136kg
TA	190/105 mmHg.
Tabac	40 PA (Paquet-Année)

Tremblements fins des deux mains
Haleine alcoolique (alors qu'il est 10H30 du matin !)

L'examen neurologique

Normal et symétrique
Sauf les tremblements fins des doigts

L'examen clinique

L'examen clinique retrouve une hépatomégalie importante, et un abdomen pléthorique
Il avoue avoir bu une dernière fois avant la consultation (un verre de Whisky).
L'interrogatoire révèle qu'il buvait déjà au lycée, puis un verre par repas.
Depuis un an, il rencontre des difficultés financières et il boit de plus en plus, même le matin à jeun.
Il décrit une consommation journalière de 1 bouteille de Whisky et 3 à 5 bières!

- 1- Quelle est la conduite à tenir ?
- 2- Y a-t-il une «urgence» pour arrêter de boire ? Alors que dites-vous à ceux (ou celles) qui se présentent aux urgences pour arrêter de boire ?
- 3- Quel est votre bilan ? (Examens complémentaires) .
- 4- Quelles pathologies sous-jacentes vous risquez de trouver ?
- 5- Comment comptez-vous aider ce patient, dans sa démarche ? Détaillez .

1- Quelle la votre conduite à tenir ?

L'anamnèse familiale et puis le antécédents médico-chirurgicaux que je documente d'emblée me permettent de connaître le patient et aussi d'établir un bon contact. Mais ensuite il faut surtout empêcher les rationalisations et explications du patient visant à prendre le restant du temps de la consultation et que le patient a souvent déjà récités devant d'autres médecins. **Le but de la première consultation: c'est de l'aider à faire le diagnostic lui-même.** C'est fort difficile car le déni fait partie intégrante de la maladie. Toutes sortes d'autres diagnostics psychiatriques, stress et événements de vie vont être racontés par le patient et que si on l'aide ici il ne boira plus. Je souligne alors le caractère mental assez spécial de cette maladie, l'éthylisme chronique est justement «la maladie des explications» qui toutes servent à continuer à boire. Et que le caractère tout a fait destructeur et inexorable de la maladie vient moins de l'impact biologique sur les organes, mais du mode de pensée qui est «une obsession couplée à une allergie». Ceci est la définition que Dr Silkworth interniste de la Nouvelle Angleterre et membre fondateur des alcooliques anonymes en 1936, donna en 1942 devant l'académie de médecine de New York. Définition qui à mes yeux reste la meilleure. Elle me permet aussi de modéliser la souffrance des membres de la famille, qui eux aussi sont obsédés par l'alcool et quasi «allergiques» à ce produit qui mine tout le bonheur de leur famille. «Il y a un qui boit, et toute la famille trinque.» La famille est incluse d'emblée dans la démarche médicale.

2- Y a-t-il une «urgence» pour arrêter de boire ? Alors que dites-vous à ceux (à celles) qui se présentent aux urgences pour arrêter de boire ?

Dans l'immédiat non. Mais je demande s'il y a un impact somatique un avis interniste.

3- Quel est votre bilan ? (Examens complémentaires) .

Les analyses biologiques importantes sont *les enzymes hépatiques ASAT, ALAT et gamma-GT mais qui peuvent être améliorées assez rapidement par le patient quelques semaines avant la prise de sang: par ex. «la cure des gamma» que nombre de cadres font avant leur visite médicale annuelle. *Plus intéressant est le CDT qui est l'intégrale de la consommation totale des dernières 6 semaines. Ceci permet comparer la consommation dite à ce paramètre objectif. *Le plus utile est le MCV (VMG) une augmentation du volume des globules rouges. Elle n'est pas liée à une carence de vitamine B ou des folates mais à un changement de la composition lipidique de la membrane cellulaire. Mes tranches de valeurs sont: 86-92 normal, 94 très bon vivant ou peut être plus, et 96 ou plus signe d'une surconsommation chronique certaine. Le taux de renouvellement des globules est d'une demie année. Un éthylique chronique peut ralentir ou s'abstenir

des semaines voir quelques mois, mais difficilement plus. Et au niveau mental pendant tout ce temps d'abstinence le patient gardera le lien obsessionnel de ses pensées toutes organisées autour de l'alcool. Il est abstinent mais sans devenir sobre, car il ne fait aucun travail sur lui même et fait du sur place.

4- Quelles pathologies sous-jacentes vous risquez trouver ?

Nous risquons trouver des pathologies dans tous les systèmes d'organe. Si on prend le code diagnostique de sortie des hospitalisations d'un hôpital aux USA ou en Europe on en vient à 9-10%, mais si on fait des études approfondies des dossiers le taux de pathologies directement liées à l'alcool est de 33%. C'est donc souvent une maladie non dite, banalisée ou mise en fin de liste des priorités médicales. Mais si l'éthylisme disparaissait d'un coup de l'hôpital, il y aurait un effondrement économique complet de l'activité diagnostique et médicale. La crise épileptique chez un non épileptique, les agitations la nervosité de jour, voir de nuit très agitées sont l'expression du sevrage lié à l'hospitalisation. On se contente alors le plus souvent de donner quelques conseils enjoignant à diminuer ou arrêter et on en reste là. Notons aussi que après une vraie abstinence-sobriété de 6-12 mois, on peut souvent revoir à la baisse bon nombre de médicaments cardiaques, digestifs et autres qui furent pris depuis des années.

Notons le sous-groupe intéressant du diagnostic de «usage nocif sans dépendance». Ceci se retrouve plus dans les cultures ibériques, italiennes et grecques. On expose les risques au patient, et il est vite d'accord de stopper ou ralentir et ceci réussit sans problèmes psychologiques majeurs. Je vois assez rarement cette population; elle est plus fréquente dans le bassin de la Moselle où la consommation importante est liée aux traditions et à l'activité viticole.

5- Comment comptez-vous aider ce patient, dans sa démarche ? Décrivez .

À la fin de l'entrevue je l'enjoins à aller sept fois aux meetings des alcooliques anonymes voir de contacter un autre organisme d'entraide et de lire deux livres des témoignages d'alcooliques. **L'enfant qui jouait avec la lune** de Lucien et «**Un dernier pour la route**» de Hervé Chabelier, de revenir dans six semaines pour en discuter. S'il continue à essayer de s'en sortir, je le revois régulièrement tous les 3-4 mois et je lui propose de faire ceci sur une période de 3 ans. Car pendant les premiers trois ans, même en allant aux groupes le risque de rechute est plus élevé et diminue très nettement après cette période.



NEW

LIPERTANCE®

atorvastatine / perindopril arginine / amlodipine

NEW

BIPRESSIL®

bisoprolol fumarate / perindopril arginine

COVERAM®

perindopril arginine / amlodipine

TRIPLIXAM®

perindopril arginine / Indapamide / amlodipine

COVERSYL®

perindopril arginine

COVERSYL PLUS®

perindopril arginine / Indapamide



DOSSIER K-KLINIK



Dr. RIBEMONT Annie-Claude
Médecin spécialiste en
Gériatrie à l'AP-HP : Les Hôpitaux
Universitaires Henri Mondor



Dr. MANAVI H-R
Médecin spécialiste en
Gériatrie à Esch-sur-Alzette
Luxembourg

LES COMAS



I. DEFINITION

L'état comateux se définit par la suppression de la **vigilance** et de la **conscience**, autrement dit par la suppression de l'état de veille et l'absence de manifestation d'une activité consciente.

De nos jours, pour des raisons pratiques, nous utilisons la définition de l'International Data Bank: échelle de **Glasgow**:

- Absence de l'ouverture des yeux (Quelque soit la stimulation)
- Absence d'expression verbale
- Absence de réponse aux ordres simples.

Pour mémoire:

◆ **La vigilance** (ou état d'éveil)

La vigilance permet l'ouverture des yeux, la réponse motrice et la possibilité d'une réponse verbale.

La vigilance dépend du système Réticulaire Activateur Antérieur (RAA) qui s'étend du bulbe au mésencéphale.

Le niveau de la vigilance peut être évalué objectivement.

Ce système est alimenté par des afférences sensitives et sensorielles et il envoie des projections vers le cortex, il est sous la dépendance d'un système complexe de médiateurs chimiques et d'hormones.

◆ **La conscience**

La conscience est la connaissance de soi et du monde extérieur. Un sujet conscient répond de façon adaptée et orientée. Son comportement est adapté également. Le contenu de la conscience est l'ensemble des réponses psychologiques aux sentiments, aux émotions et à l'activité mentale.

On peut dire que c'est la somme des fonctions cognitives et affectives.

Le contenu de la conscience est contrôlé par un réseau neuronal complexe reliant les différentes zones du cortex cérébral.

Après soulèvement des paupières, on ne constate ni mouvement oculaire orienté, ni clignement des paupières à la menace.

LE MALADE SE REPOSE LES YEUX FERMÉS
DANS UN SOMMEIL APPARENT;



II. LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

◆ **L'obnubilation :**

L'obnubilation se caractérise par une altération de la capacité à penser, à intégrer les stimulations et à y répondre.

Elle est accompagnée d'une somnolence, une nette diminution de l'attention et de troubles de la mémoire.

◆ **La confusion (mentale)**

La confusion mentale est souvent associée à une agitation.

La confusion mentale débute où le raisonnement s'arrête.

Les causes, les plus fréquentes sont d'origine toxique, métabolique ou lors de pathologies dégénératives.

◆ **La somnolence**

L'éveil devient labile.

◆ **La stupeur**

Il s'agit de la diminution ou de l'absence d'activité motrice spontanée.

Le patient semble endormi et ne répond pas à des stimulations énergiques que par des activités motrices réduites et retombe dans un sommeil apparent.

◆ **La désorientation temporo-spatiale (DTS)**

Des troubles de la vigilance, de l'attention et de la mémoire entraînent une grande altération de la notion du temps et de l'espace.

◆ **"Locked-in syndrome" ou syndrome de déafférentation motrice**

C'est la traduction des lésions du Tronc Cérébral avec interruption de toutes les voies motrices en dessous du noyau du 3^{ème} p. de la crânienne.

DOSSIER K-KLINIK

Le patient ne peut faire aucun mouvement volontaire sauf ouvrir les yeux, les lever et les baisser. Par contre, il y a impossibilité de faire les mouvements horizontaux. En résumé le patient est conscient: une réponse oculaire est possible (réponse binaire: oui-non) par la fermeture des paupières.

◇ **Diagnostics différentiels d'origine psychiatrique (ψ)**

• **Aréactivité psychogène**

Elle s'observe au cours d'une conversion hystérique (Hystérie), donc une pathologie psychiatrique (à distinguer d'une simulation).

• **Catatonie**

Un état comateux peut être observé lors d'une crise catatonique.

• **Crise psychotique**

Une crise psychotique peut également évoquer un état comateux.

◇ **Diagnostics différentiels d'origine cardiaque (\heartsuit)**

• **Insuffisance cardiaque / bas débit cardiaque**

L'insuffisance cardiaque par le biais d'un bas débit cardiaque peut entraîner un état comateux

• **Hypoxie sévère**

Une hypoxie sévère (ischémie ou asphyxie) entraîne un état comateux.

◇ **L'état végétatif**

L'état végétatif succède habituellement à des comas plus ou moins prolongés; il correspond à des lésions hémisphériques étendues, avec une relative intégrité du tronc cérébral.

Le patient n'a aucune conscience de soi ni de l'environnement et il n'a aucun contact avec autrui.

Il n'y a pas de réponse motrice volontaire adaptée.

Il n'y a pas de réponse verbale non plus.

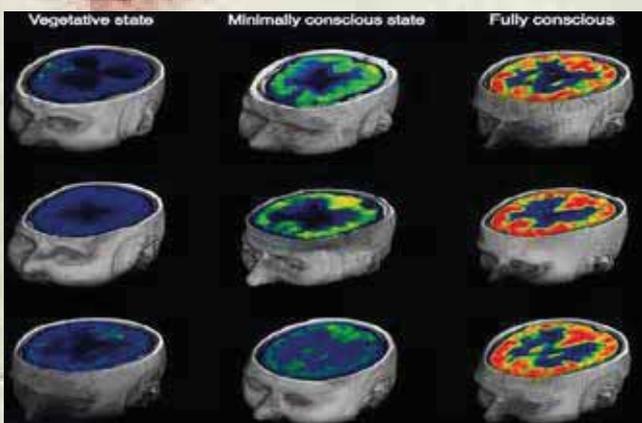
Il n'y a pas de signe de compréhension.

Il existe, en revanche, un éveil intermittent avec ouverture spontanée des yeux et réapparition du cycle veille-sommeil.

Les fonctions végétatives spontanées (ventilation spontanée) et les réflexes bulbaires persistent.

L'état végétatif évolue vers la chronicité.

L'état végétatif est considéré comme « permanent » s'il est au-delà de 3 mois après une lésion anoxique et plus d'un an après un traumatisme cranio-encéphalique.



➔ **III. EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT COMATEUX**

Le coma est une situation fréquente qu'il faut gérer en urgence.

L'examen clinique d'un patient comateux et l'interrogatoire des proches, visent à répondre à trois questions:

♠ 1. EXISTE-T-IL UNE **MENACE VITALE IMMÉDIATE?**

♠ 2. QUELLE EST LA **PROFONDEUR DU COMA ?**

♠ 3. QUELLE PEUT ÊTRE L'**ÉTIOLOGIE ?**

Pour répondre à ces trois questions un examen clinique complet est surtout un examen neurologique systématique est nécessaire.

a) Anamnèse et examen somatique

Anamnèse (ATCD/HDM) : interrogatoire de l'entourage, des témoins, SAMU, des Equipes de Secours ...

Début : brutal ou progressif

Recherche d'un traumatisme crânien

L'examen neurologique doit être le plus complet

Rechercher une raideur de nuque (méningite)

Rechercher une fièvre (méningo encéphalite)

Poignet de rigide (bras,...)

Photophorie

Position en « chien de fusil »

Recherche des troubles du rythme (ECG)

b) Examen des yeux

L'examen des yeux chez un patient comateux est primordial pour deux raisons.

Pour aider à localiser la lésion et fournir des indices de pronostic

Dans l'examen des yeux, il convient de faire :

- l'inspection des pupilles
- la recherche de réaction à la lumière,
- la recherche du réflexe cornéen
- l'étude des mouvements oculaires, (spontanés et/ou provoqués)

◇ **Réactions pupillaires**

On observe le diamètre (taille) de chaque pupille et on le compare avec le côté opposé.

Avec une lampe on cherche systématiquement le réflexe photo-moteur de chaque œil séparément.

La réaction normale à une source lumineuse est un myosis réflexe.

On cherche, en même temps le réflexe consensuel: myosis de la pupille non éclairée.

- Une dilatation unilatérale (mydriase) de la pupille et disparition du réflexe photomoteur suggère un engagement temporal ou une pathologie touchant la III^{ème} paire crânienne (anévrisme tumeur...)

DOSSIER K-KLINIK

- Une mydriase bilatérale avec une abolition du réflexe photomoteur traduit une souffrance du mésencéphale. C'est un signe de très mauvais pronostic.

Attention: les pièges à éviter

- En cas de mydriase (unilatérale) recherchez l'usage de collyre atropinique pour examiner le fond d'œil (FO) (normalement c'est toujours unilatéral)
- En cas de myosis pensez aux opiacés et leurs dérivés !

◇ Réflexe cornéen

Lorsque l'on touche le blanc des yeux avec une compresse stérile, cela entraîne, de façon réflexe, la fermeture brutale de la paupière homo-latérale.

L'intérêt de ce test est de localiser la lésion (tronc cérébral)

Le réflexe cornéen persiste longtemps, même en cas de coma profond.

Son abolition bilatérale est de très mauvais pronostic (sauf en dehors de l'intoxication médicamenteuse).

◇ Etude des mouvements oculaires

Ils doivent être recherchés et analysés systématiquement.

- Une dérivation conjuguée des yeux évoque une lésion hémisphérique ou du tronc cérébral (on dit que le malade regarde sa lésion)
- Une divergence de yeux dans le plan vertical (différence de niveau de hauteur) évoque fortement une lésion bulbo protubérantielle.
- En cas d'un coma « d'origine psychiatrique » le patient ne peut reproduire ces mouvements oculaires ! C'est donc un moyen pour éliminer un coma psychogène :
- Les yeux de poupée (Doll's eyes) dans le cadre d'une Paralyse Supra-Nucleaire et Progressive (PSNP).

Les yeux dévient, de façon conjuguée, du côté opposé au mouvement de la tête. (en absence de lésion du tronc cérébrale)

Alors que les yeux restent fixes et /ou très peu mobile en cas de lésion du tronc cérébral.

Il faut également rechercher le réflexe oculo-vestibulaire, en injectant 50 à 200 ml d'eau glacée dans le conduit auditif externe (CAE).

Chez un sujet conscient, le test est positif s'il crée un nystagmus du côté opposé.

En cas de coma:

S'il y a un nystagmus du même côté de la stimulation, ceci confirme l'intégrité du tronc cérébral.

Une réponse dissociée ou absente indique une lésion du tronc cérébral.

c) Investigations paracliniques

Examens systématiques

- Glycémie
- Ionogramme sanguin (Na⁺, K⁺, Cl⁻)
- Fonction rénale (urée, créatinine, DFG)
- GDS (Gaz Du Sang)
- Radiographie pulmonaire
- ECG
- TDM ou (IRM) cérébrale

- Ponction lombaire (en cas de fièvre, raideur rachidienne, Purpura...)
- EEG
- Calcémie (hypercalcémie)
- Recherche de toxiques dans le sang et les urines (BZD (benzodiazépines), opiacés, cocaïne, CO (monoxyde de carbone),...)

♠ Existe-t-il une menace vitale immédiate?

Pour évaluer la situation vitale d'un patient comateux, il faudrait chercher et examiner les points suivants:

- **L'examen de la Respiration:**
 - Fréquence respiratoire (Fr)
 - Rythme
 - Amplitude
 - Saturation
 - Cyanose
 - Dyspnée
- **Apprécier l'état hémodynamique:**
 - Marbrure
 - Tension Artérielle (TA)
 - Fréquence Cardiaque (FC)
 - Saturation (Sat)
- **Dosage systématique de la glycémie et de la natrémie**
- **Recherche d'une fièvre et / ou frissons**
- **Recherche d'une raideur de la nuque**
- **Recherche de photophobie**

LES URGENCES



M. Goulon
O. Goëau-Brissonnère,
P. de Rohan-Chabot

3^e édition

MALOINE

DOSSIER K-KLINIK

♠ Évaluer la profondeur du coma

Pour apprécier le niveau d'altération de la conscience assurer la surveillance clinique et le pronostic: l'échelle de **Glasgow** est utilisée de façon universelle.

TABLEAU GLASGOW

ATTENTION POUR RÉPONSE MOTRICE ET RÉPONSE VERBALE ON CHOISIT LA MEILLEURE RÉPONSE (C'EST LA RÈGLE)

ÉCHELLE DE GLASGOW		
ÉCHELLE	OUVERTURE DES YEUX	
	spontanée	4
	à l'appel ou au bruit	3
	à la douleur	2
	aucune	1
MEILLEURE RÉPONSE MOTRICE	volontaire, sur commande	6
	adaptée, localisée	5
	retrait, évitement	4
	flexion stéréotypée	3
	extension stéréotypée	2
RÉPONSE VERBALE	claire, orientée	5
	confuse	4
	incohérente	3
	incompréhensible	2
	aucune	1
RÉFLEXES DU TRONC	fronto-orbitaire	5
	oculo-céphalique ou oculo-vestibulaire vertical	4
	photomoteur	3
	oculo-céphalique ou oculo-vestibulaire horizontal	2

Score de Liège

GLASGOW + localisation du tronc cérébral (en plus).

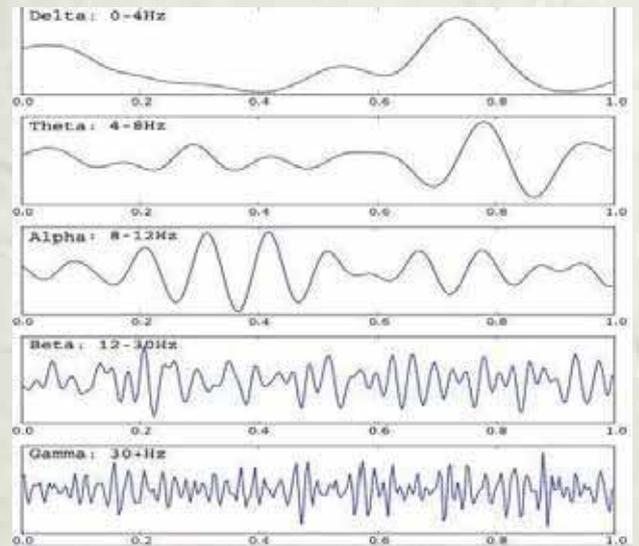
Aux urgences (pour faciliter) on utilise l'échelle suivante :

- **Coma stade I** : coma vigile, obnubilation
- **Coma stade II** : réaction à la douleur,
- **Coma stade III** : coma profond (pas de réaction à la douleur)
- **Coma stade IV** : coma dépassé : mort cérébrale

EEG (Electro-EncéphaloGramme)

En général, le rythme **alpha** est remplacé par une activité lente **thêta** puis **delta**.

Dans les formes profondes, il y a une absence de réaction aux stimuli visuels, auditifs puis, en dernier, nociceptifs.



♠ Réunir tous les éléments cliniques et para-cliniques en vue du diagnostic étiologique d'un coma.

Intérêt d'un examen neurologique et un examen clinique complet : bien qu'un examen neurologique complet nous oriente vers une étiologie particulière, c'est l'examen clinique général qui permet de reconnaître la cause précise d'un coma.

Les antécédents (ATCD)

Le terrain : Sujet jeune → drogue, alcool...
Sujet âgé → vasculaire/HSD...

Le contexte ou les circonstances de découvertes : nous oriente vers une cause ou un mécanisme précis (Alcool, drogue, épilepsie, diabète...)

Mais pensez à la possibilité de mécanismes associés ou à une présentation trompeuse.

Par exemple :

Hypoglycémie d'un coma alcoolique

Hématome cérébral provoquant une épilepsie

Devant un coma sans étiologie (inexpliqué) il faut penser à un traumatisme crânien (même éloigné), accident vasculaire, ou d'une infection générale.

Notre enquête implique aussi l'inventaire complet du traitement habituel.

A - Mode d'installation du coma

D'une façon générale :

- 1- Une installation lente et progressive évoque une lésion expansive (tumeur...)
- 2- La présence d'une confusion doit évoquer une encéphalopathie métabolique.
- 3- Un début rapide brutal évoque un accident vasculaire cérébral.

La chronologie : doit être bien recherchée lors d'un coma.

- Pensez à « l'intervalle libre » lors d'un hématome intra crânien, dans le cadre d'un traumatisme crânien.
- Un début soudain, sans prodrome évoquerait une embolie cérébrale.
- Une aggravation régulière, évoque plutôt un accident vasculaire hémorragique, surtout en présence de troubles de la conscience.

DOSSIER K-KLINIK

En cas d'épilepsie :

Un coma postcritique, peut se prolonger au-delà de 20-30 mn.

Dans ce cas, une affection sous-jacente est à rechercher:

(HSD) Hématome traumatique, AVC hypertension intra-crânienne, méningo-encéphalite...

Les symptômes neurologiques qui précèdent ou accompagnent le coma, doivent être recherchés systématiquement:

Céphalées, vomissements, troubles sensitifs, troubles de la parole et du langage ... préciser si ces symptômes sont transitoires ou permanents.

B -Tableau neurologique

Un examen neurologique complet peut révéler un signe de localisation neurologique. (Hémiplégie, signe de Babinski ...)

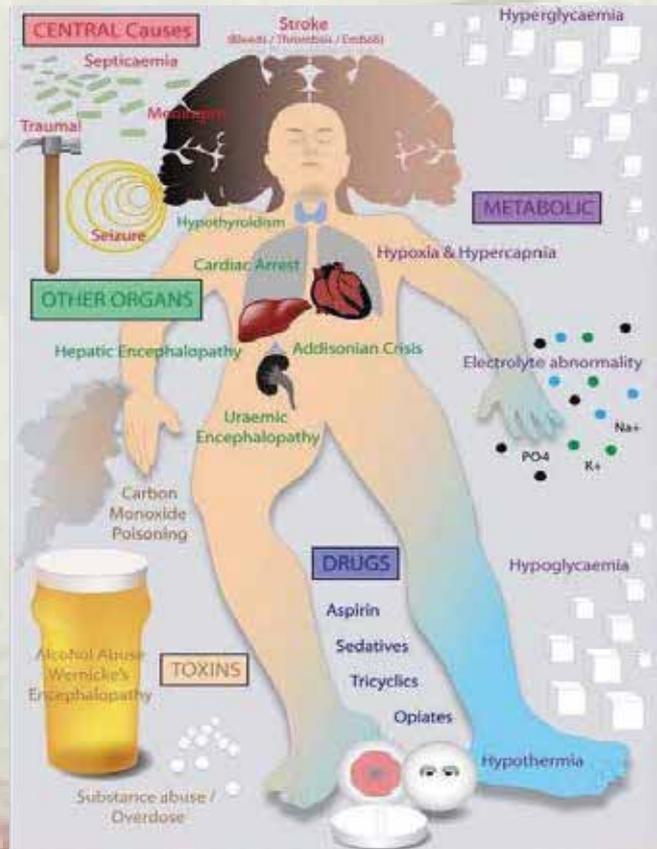
Certaines lésions (HSD ...) peuvent évoluer vers le coma sans signe de localisation.

Ainsi, dans les encéphalopathies métaboliques, les traits-suivants peuvent être observé :

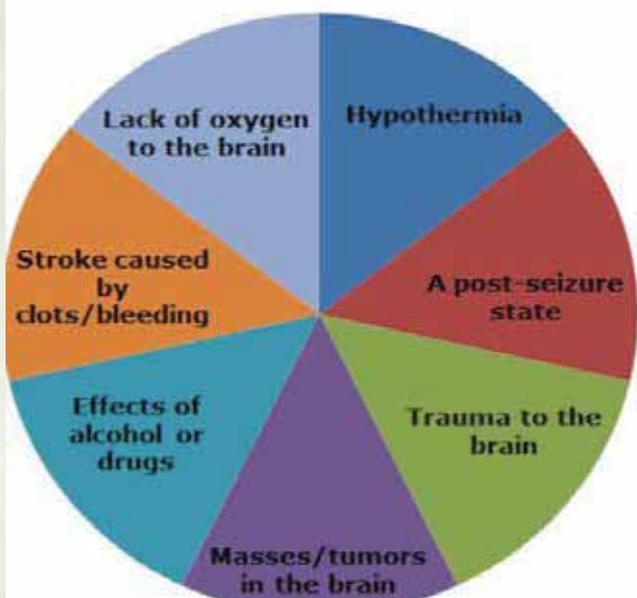
- Présence de troubles psychiques (atteinte de la mémoire, confusion...)
- Présence de troubles moteurs non spécifiques (déficit bilatéral asymétrique ...)
- Présence de mouvements anormaux.

C- Les étiologies les plus fréquentes

Les étiologies les plus fréquentes sont représentées sur les diagrammes suivants et énumérés par la suite:



Causes of Coma



- Origine Traumatique

Examen clinique minutieux de la tête et du cou (recherche de plaie, embarrure, bosse, hématome ...)

- Origine Cardiovasculaire

L'hypertension artérielle (HTA) avec la notion d'une poussée hypertensive constitue la première cause d'Accident Vasculaire Cérébral (Ischémique, Hémorragique).

L'accident vasculaire cérébral (AVC) peut-être ischémique et/ou hémorragique.

L'HTA peut révéler tragiquement une malformation artériovoineuse (MAV) (rupture de MAV), en déclenchant une rupture hémorragique.

L'examen clinique cardiovasculaire doit comporter :

- Examen cardiaque/auscultation (bruits surajoutés/ atteinte vasculaire...)
- Auscultation des vaisseaux du cou (carotides)
- Mesure de la TA des 4 membres
- Palpation des pouls.

- Contexte Infectieux

L'association d'un coma et des signes d'infection, doit évoquer une méningite ou méningo-encéphalite.

Ce tableau clinique représente l'indication la plus urgente de la ponction lombaire (PL) les autres signes à rechercher sont :

- Raideur de nuque
- Photophobie
- Position en « chien de fusil »

Pensez également au neuro paludisme (chez un voyageur en zone épidémique)

DOSSIER K-KLINIK

- Désordres systémiques et métaboliques

Le diagnostic d'intoxication (le plus souvent médicamenteuse) est généralement avancé lorsque les circonstances de découverte sont connues (tentative de suicide, ...).

La profondeur du coma est en fonction de l'effet «dépresseur» et de la dose ingérée. La présence de signe pyramidaux doit orienter vers une anoxie associée (ischémie...) par exemple en cas d'intoxication au Co (monoxyde de carbone).

- Le contrôle de l'ECG est impératif (recherche d'une toxicité cardiaque)
- L'urgence est dominée par les troubles respiratoires.
- La recherche de toxine dans les urines et dans le sang est obligatoire (Screening)

Nous énumérons les encéphalopathies suivantes:

Encéphalopathie respiratoire :

- Hypoxémie, narcose en CO₂, médication, sédation, infection sur désordre électrolytique.

Encéphalopathie hépatique :

- Hémorragie digestive,
- Régime hyperprotéique,
- Insuffisance hépatocellulaire
- Traitements sédatifs
- Diurétiques.

Encéphalopathie et insuffisance rénale :

- Encéphalopathie urémique
- Toxicité des drogues
- AVC/HTA

Encéphalopathie anoxique :

- Arrêt circulatoire
- Accidents asphyxiques

Encéphalopathie du Bas débit cérébral :

- Insuffisance cardiaque suivie de trouble du rythme cardiaque → inefficacité circulatoire.

Coma chez le diabète

- Hypoglycémie +++ le plus souvent
- Acidocétose

Coma chez l'alcoolique

- Coma éthylique (>3g/l)
- Hypoglycémie
- Traumatisme crânien (chute)
- Méningite

Coma chez un cancéreux :

- Localisation secondaire (métastases)
- Intoxication médicamenteuse (chimiothérapie)
- Hypoglycémie
- Hypercalcémie
- Embolie cérébrale

Le diagnostic et la surveillance d'encéphalopathie métabolique exigent des contrôles biologiques systématiques.

- Glycémie
- Calcémie
- GDS (Gaz Du Sang)
- Equilibre acido basique
- Désordre osmolaire (Na⁺, urée, osmolarité)



IV. LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ponction lombaire (PL)

La seule urgence à pratiquer une PL est la suspicion de méningite (pour l'hémorragie méningée on fait un scanner en premier lieu)

Scanner cérébral :

Le scanner a profondément modifié la conduite à tenir et la prise en charge des comas.

C'est un examen non invasif, facile à faire, rapide, sans contre-indication. C'est l'examen de **première intention**.

- Planifier le traitement symptomatique d'un coma

Certaines étiologies (du coma) relèvent d'une prise en charge thérapeutique spécifique, par exemple :

- Traumatisme crânien: embarrure, ... (neurochirurgie)
- Hématome cérébral (certain) (neurochirurgie)
- Hématome sous dural (HSD) (neurochirurgie)
- Méningite bactérienne (antibiothérapie)
- Méningo encéphalite virale (Antiviraux)

Inutile de rappeler que les cellules cérébrales sont fragiles. Pour protéger les cellules cérébrales, dans le coma, il faudrait :

- Contrôler la respiration
- Contrôler la circulation sanguine
- Rétablir l'homéostasie
- Lutter contre l'œdème cérébral
- Lutter contre les crises convulsives.
- Eviter les générales

a) Contrôle de la respiration

Un patient comateux a tendance à s'encombrer avec les sérosités bronchiques. Il y a un gros risque de pneumopathie d'inhalation.

Donc une surveillance étroite est requise. L'aspiration bronchique et l'oxygénothérapie sont les deux piliers dans la prise en charge optimale.

PENSEZ À LIBÉRER LES VOIES RESPIRATOIRES. EN CAS DE BRADYPNÉE ET/OU PAUSE RESPIRATOIRE NE PAS HÉSITER À INSTAURER LA VENTILATION MÉCANIQUE SOUS SURVEILLANCE



DOSSIER K-KLINIK

Un patient comateux sous machine de respiration artificielle nécessite une surveillance spécifique.

b) Contrôle circulatoire

Il faut maintenir le cerveau sous perfusion de façon à lutter contre l'hypoxie et contre le bas débit.
Il faut surveiller également la TA.

c) Homéostasie

La perte de l'Homéostasie est très fréquente chez les comateux.

Il faut surveiller :

- La glycémie (hypoglycémie)
- Bilan biologique (hyper natrémie, DIC)
- Equilibre acido-basique (acidose métabolique)
- Surveillance de la diuèse des 24 h (Entrées et Sorties)

d) Lutter contre l'œdème cérébral

La Corticothérapie et Mannitol sont utilisés de façon régulière pour lutter contre l'œdème cérébral.

e) Lutter contre les convulsions

En cas de crise :

Rivotril® (Clonazépam): 1 ampoule en IV ou en IM.

Traitement préventif:

Une Benzodiazépine en «Couverture» par exemple:
Rivotril® (Clonazépam) en gouttes V (cinq) à X (dix) le soir.

f) Mesures générales

- Sonde urinaire et surveillance
- Surveillance des (trajets) du cathétérisme veineux
- Protection des yeux (larmes artificielles)
- Aspiration bronchique,
- Kinésithérapie bronchique
- Prévention des escarres (matelas curatif)
- Sonde gastrique pour alimentation (ou GPE)
- Héparino-thérapie (dose préventive)



A ce jour, le coma le plus long a duré 42 ans!



DOSSIER K-KLINIK

MORT CÉRÉBRALE OU COMA DÉPASSÉ

(1959 Pr Mollaret et Goulon)

I. DÉFINITION

C'est l'état qui traduit la suppression définitive des activités de l'ensemble de l'encéphale, hémisphère et du tronc cérébral.

La respiration et la circulation sanguine sont maintenues artificiellement par des machines.

Cet état est dû à des lésions neuronales irréversibles.

En France, comme beaucoup d'autre pays, la mort cérébrale signifie la mort de l'individu.

(AU JAPON, SEUL L'ARRÊT CARDIAQUE PEUT DÉFINIR LA MORT).

II. LES CRITÈRES CLINIQUES :

- Abolition totale de la conscience
- Mydriase bilatérale (aréflexie)
- Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- Abolition de la respiration spontanée malgré la présence d'une hypercapnie.

Pièges :

- Hypothermie à moins de 33°C
- Médicaments déprimeurs du système nerveux central (curare...)
- Troubles métaboliques
- Sédatifs ou hypnotiques.

III. LES CRITÈRES PARA CLINIQUES :

- EEG : Electro EncéphaloGramme « plat » : il fait 2 tracés d'EEG « plat » espacés de quatre heures, au moins.
- Artériographie (cérébral de 4 axes) qui montre l'arrêt total de la circulation cérébrale

Le certificat attestant la mort cérébrale doit être signé par deux médecins, (dont un Chef de service de la réanimation ou son représentant, l'autre médecin ne peut pas être de l'équipe de prélèvement d'organe !)

Δ L'EXISTENCE D'UNE CRISE CONVULSIVE, DES MOUVEMENTS DE DÉCÉRÉBRATION OU DE DÉCORTICATION EST INCOMPATIBLE AVEC LE DIAGNOSTIC DE MORT CÉRÉBRALE

IV. ALORS QUE FAIRE EN CAS DE MORT CÉRÉBRALE ?

Une fois le diagnostic de mort cérébrale établi, il y a 2 possibilités :

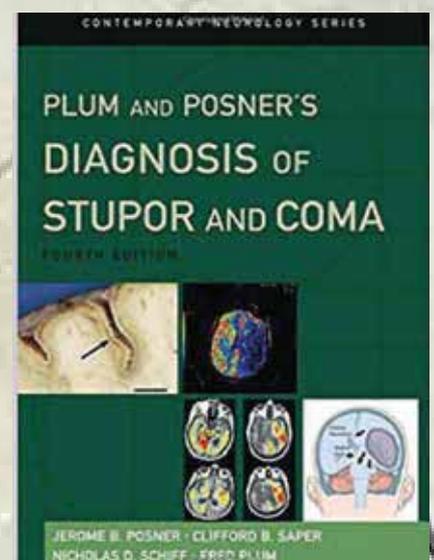
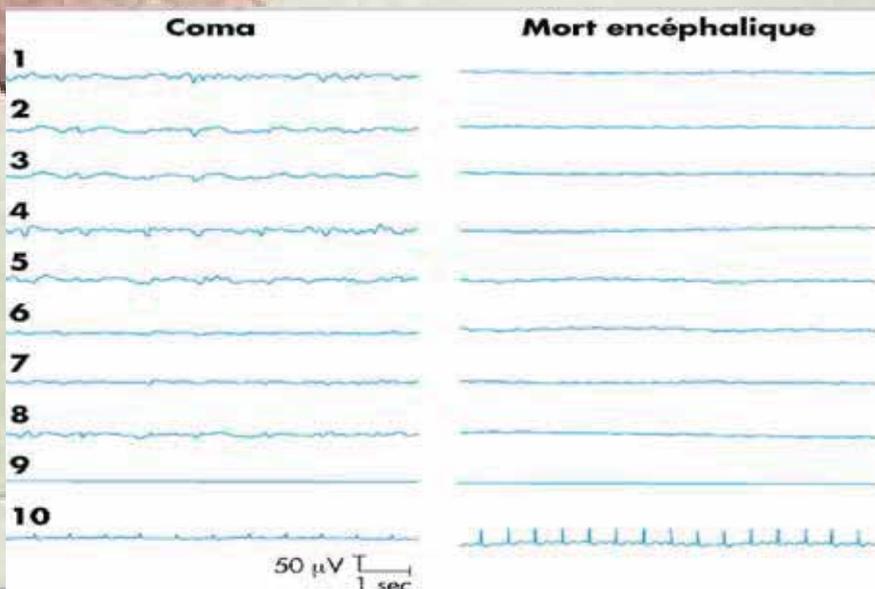
- 1 - Débrancher les machines et entraîner la mort (puis circuit mortuaire)
Soit
- 2 - Maintenir la circulation et la respiration de façon artificielle en vue de prélèvements d'organe.

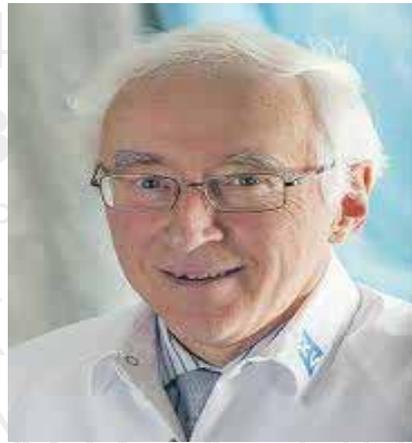
La loi aujourd'hui, permet de prélever des organes sans autorisation des proches ! Sauf en cas d'opposition de son vivant.

Les **contre-indications** à un prélèvement en vue d'une transplantation d'organe sont:

- Sepsis (grave)
- Néoplasie
- Malades dégénératives

27





Cas clinique présenté par :
K-KLINIK magazine



K-KLINIK-4

Cas clinique expertisé par :
Dr. RANCIER Marc
Médecin spécialiste en
Médecine Interne et en Endocrinologie
Luxembourg

Qu'est-ce que j'ai, docteur?

Anamnèse

Madame M, âgée de 53 ans, 76 kg, pour 1m65, caissière, consulte avec une lettre du médecin du travail.
En effet, lors de son passage à la médecine du travail, on a trouvé une forte présence de sucre (+++) dans les urines, (Sans cétose ni protéinurie).

Examen clinique

Poids	76 kg
Taille	1m65
TA	162/95 mmHg
HGT	2,22 g/l (glycémie capillaire faite en consultation)
TG	2,5 g/l
Cholesterol :	2,9 g/l

- 1- Détaillez votre interrogatoire et votre examen clinique (Argumentez) .
- 2- Détaillez votre bilan complet pour confirmer le diagnostic.
- 3- Quel type de diabète suspectez-vous ?
- 4- Quels autres examens demandez-vous ? Argumentez .
- 5- Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?
- 6- Quel est votre traitement ? (Complet) .
- 7- Quelle est la surveillance d'un tel diabète ?

1- Détaillez votre interrogatoire et votre examen clinique (Argumentez) .**• Interrogatoire**

- état de santé général, antécédents récents (notamment infectieux)
- syndrome polyuropolydipsique, amaigrissement
- antécédents personnels (histoire pondérale, ovaires polykystiques, diabète gestationnel, poids de naissance des enfants, troubles du métabolisme glucidique ou du fer, pathologie pancréatique et cardiovasculaire dyslipidémie, hypertension artérielle), tabagisme...
- antécédents familiaux (troubles du métabolisme glucidique, rétiens, musculaires, pancréatiques, hémochromatose)
- activité physique hebdomadaire et régime alimentaire habituel.
- signe en faveur d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (échelle d'Epworth).
- utilisation récente ou ancienne de corticoïdes, avec si possible la dose cumulée

• Examen clinique

- tension artérielle, pouls, tour de taille, tour de hanche, taille, poids, IMC, tour de cou
- cardiovasculaire en n'oubliant pas les pouls périphériques étagés et les souffles vasculaires.
- recherche des signes en faveur d'un éthyliisme ou d'une hémochromatose
- recherche de signe en faveur d'une endocrinopathie (acromégalie, dysthyroïdie, hypercorticisme, insuffisance gonadotrope ou somatotrope).
- signe de neuropathie diabétique (sensitivomotrice, autonome) : test au filament et au diapason, ROT, sensibilité thermique
- recherche d'un acanthosis nigricans (insulinorésistance)
- vérification de l'haleine (alcool, insuffisance hépatique, odeur cétosique)
- vue d'ensemble de l'état dentaire
- recherche de troubles de la vision

2- Détaillez votre bilan complet pour confirmer le diagnostic.

Bilan sanguin

Glycémie à jeûn, HbA1c, ac anti-GAD, -IA2, -ZnT8, -ilôts de Langerhans, peptide-C.

NFS, urée, créatinine, ASAT, ALAT, bilirubine, ferritine, coefficient de saturation, lipases, Ca 19.9, HDL, LDL, triglycérides, acide urique

TSH, cortisol, ACTH, GH, IGF-1, IGFBP-3, FSH, LH, E2, T selon le contexte

Cortisol libre urinaire et microalbuminurie

L'épreuve de tolérance glycémique orale (75g, glycémie T0mn, T120mn) n'est guère utilisée que dans les cas atypiques.

3- Quel type de diabète suspectez-vous ?

Cette patiente présente vraisemblablement un diabète de type 2. Les arguments en faveur sont les suivants : âge de survenue, absence de cétose, IMC.

Les autres diabètes sont :

- le diabète de type 1 typique, diabète de type 1 lent dit LADA
- le diabète du sujet africain subsaharien (diabète Z)

- les diabètes MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) monogéniques
- les diabètes mitochondriaux
- les diabètes secondaires aux pancréatopathies
- les diabètes secondaires aux endocrinopathies (dysthyroïdie, hypercorticisme, acromégalie, hypogonadisme, insuffisance somatotrope).

4- Quels autres examens demandez-vous ? Argumentez.

Le bilan d'un diabète récent vise à atteindre plusieurs objectifs : constituer le bilan étiologique précis du diabète et établir un bilan précis des complications au moment du diagnostic :

- échographie ou tomodensitométrie abdominale à la recherche d'une anomalie pancréatique pour éliminer une lésion inflammatoire ou néoplasique.
- échographie vasculaire artérielle des tronc supra-aortiques si souffle ou claudication.
- consultation de cardiologie pour éliminer un trouble rythmique ou coronarien.
- consultation de pneumologie avec éventuellement polysomnographie en cas de score d'Epworth >15 témoignant d'une forte somnolence . Exclure un SAOS.
- consultation d'ophtalmologie pour déterminer la présence de lésions spécifiques.
- consultation de néphrologie si présence d'une protéinurie significative contrôlée 2 fois.
- consultation en milieu infirmier spécialisé (clinique de diabète) pour éducation thérapeutique.
- consultation de diététique pour correction les erreurs les plus évidentes et inciter le patient à améliorer son alimentation.
- kinésithérapie de ré-entraînement à l'effort en cas de déconditionnement cardiovasculaire majeur, le plus souvent associé à une obésité.
- consultation de tabacologie pour aborder éventuellement un sevrage
- consultation de podologie en cas de déformation associée à une altération de la sensibilité et/ou du réseau artériel.

5- Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?

L'application des règles hygiéno-diététiques est indispensable et constitue la part prépondérante de l'action sur la destinée cardiovasculaire.

Les objectifs glycémiques tiennent compte de l'âge, des capacités cognitives, du terrain cardiovasculaire et général, de l'ancienneté du diabète, du risque d'hypoglycémie et de la complexité du traitement proposé.

Chez cette patiente, une HbA1c entre 6 et 6,5 % avec un minimum d'hypoglycémies est recommandée (excellent niveau de preuve).

La prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire est à considérer, avec un objectif: TA <140/90 mmHg (excellent niveau de preuve).

L'objectif LDL est <100 mg/dl, avec un niveau de preuve médiocre.

La cessation du tabagisme est impérative.

6- Quel est votre traitement ? (Complet) .

Le gold standard du traitement du diabète de type 2 reste, avant tout approche pharmacologique, l'amélioration du mode de vie tant sur le plan alimentaire que de l'activité physique.

La metformine est la molécule de référence. Les molécules de 2^{ème} intention sont les glitazones, les gliptines, les sulfamides, les glinides, les inhibiteurs SGLT2, les analogues GLP-1 et l'insuline.

Le traitement anti-hypertenseur comporte des IEC/ARA2 en première intention.

Les statines sont le traitement de référence des dyslipidémies.

Une anti-agrégation plaquettaire est souhaitable chez les sujets de sexe masculin et de sexe féminin à très haut risque.

7 Quelle est la surveillance d'un tel diabète ?

La surveillance du patient est multimodale (médecine généraliste, spécialiste, infirmières spécialisées).

Le rythme en lui-même est très dépendant du caractère strict des objectifs et des résultats obtenus. La présence de complications modifie le rythme de suivi.

Le suivi d'une microalbuminurie négative est annuel, puis selon le néphrologue.

L'électrocardiogramme est annuel, hors problème connu.

L'examen des pieds est systématique à chaque contact clinique.

La palpation des pouls (doppler crayon) et la recherche de troubles sensitifs est annuelle.

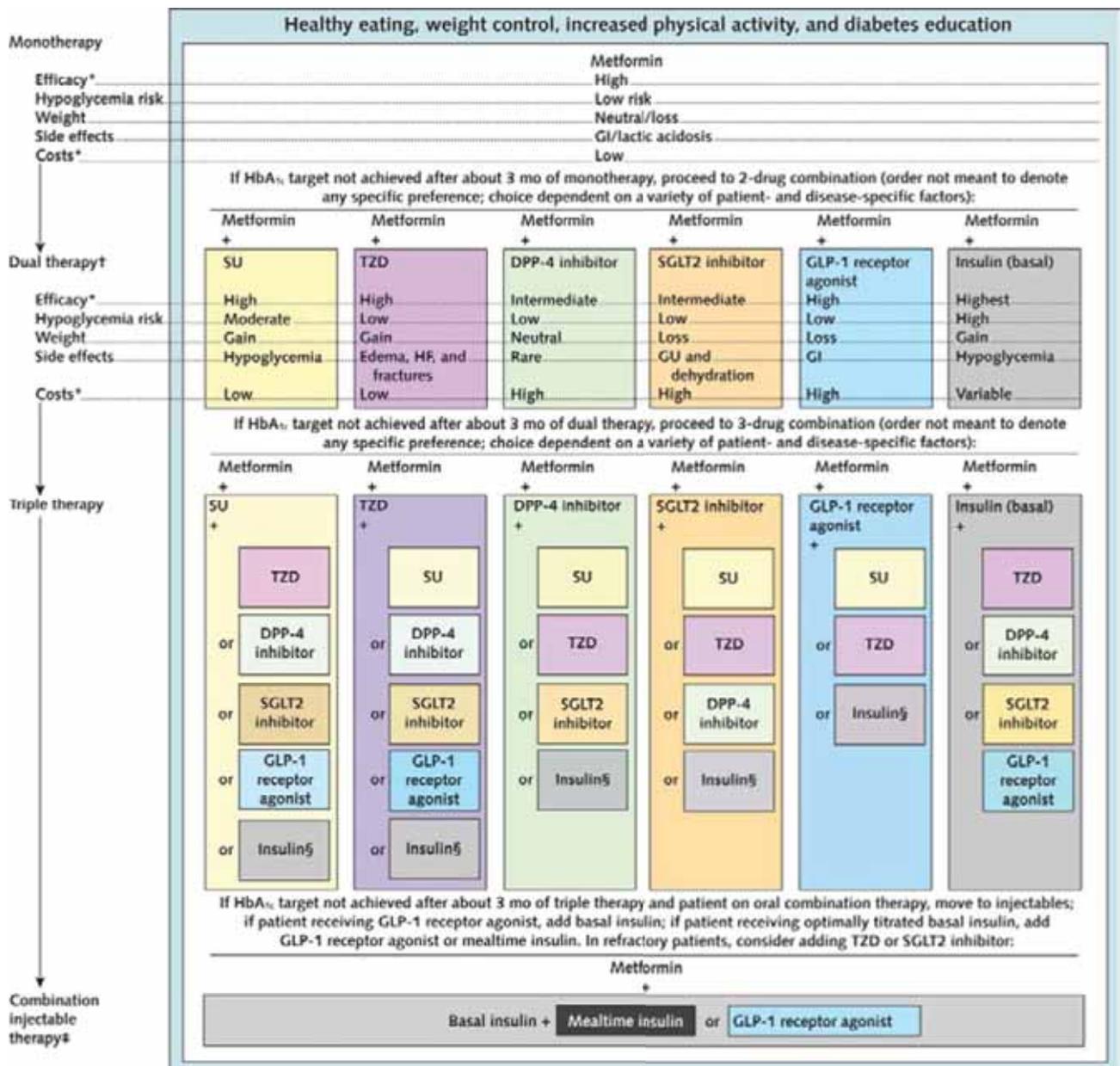
Le suivi ophtalmologique est annuel, en l'absence de pathologie connue.

La gradation du risque podologique est essentielle.

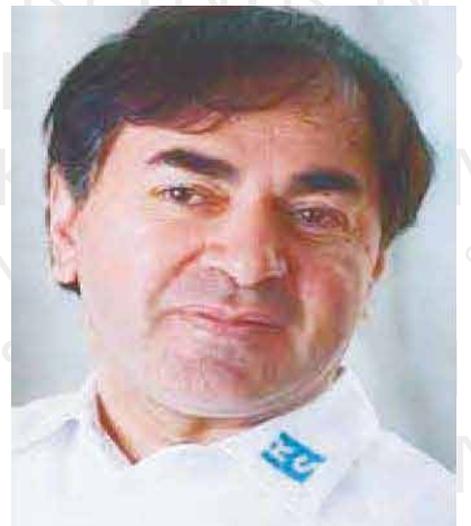
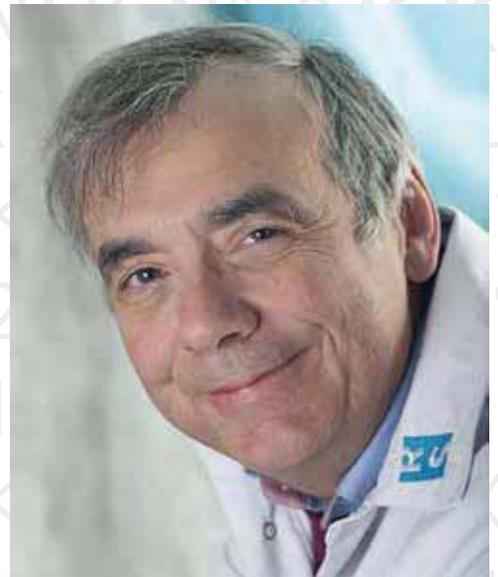
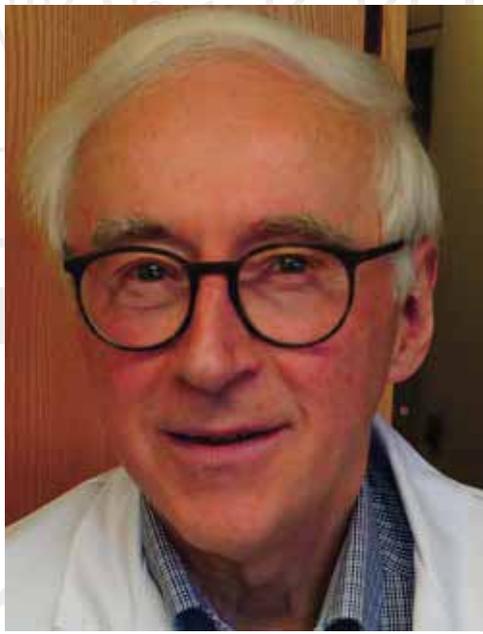
La vérification des connaissances est assurée par le spécialiste et les équipes éducatives.

La recherche de lipodystrophie est impérative chez les patients insulinotraités.

Le seuil de perception des hypoglycémies est important à connaître.



Sources : <https://professional.diabetes.org/content-page/standards-medical-care-diabetes/>



Cas clinique présenté par :
K-KLINIK magazine



K-KLINIK-5

Cas clinique expertisé par :

Dr. MODERT Fernand
Médecin spécialiste en
Médecine Interne
Esch-sur-Alzette, Luxembourg

Un repas de famille

Anamnèse

Madame R., âgée de 82 ans, consulte son médecin traitant parce qu'elle a eu une douleur abdominale brutale, hier soir après le repas bien arrosé chez ses cousines, lors d'une fête de famille.

En effet, de retour chez elle, à 23 heures, elle a commencé à avoir mal de façon progressive et continue au niveau de l'épigastre.

Cette douleur a duré presque une heure puis elle s'est arrêtée spontanément.

Mme R. est très inquiète quant à cette douleur brutale; elle a peur que cela ne recommence ce soir; c'est pourquoi elle consulte.

Examen clinique

Femme de 82 ans, bon état général,

Poids 95 kg

Taille 1,68 m

Pas de fièvre (température 37,1°C)

Pas de douleur spontanée pendant l'examen clinique

Autonome

TA 150/90 mmHg

Pouls 79/mn

ECG normal (RRS sans anomalie de ST)

Tabac 30 PA (elle a arrêté de fumer il y a 15 ans)

Aucun traitement habituel

Pas d'antécédent notable (ni personnel ni familial)

Signe de Murphy positif à l'examen

- 1- Quels sont les diagnostics possibles ? (Détaillez) .
- 2- Décrivez le signe de Murphy. Quelle est sa spécificité ?
- 3- Quel bilan sanguin et radiologique demandez-vous ? Pourquoi ?
- 4- Détaillez votre prise en charge .
- 5- Quel traitement préconisez-vous ?

1- Quels sont les diagnostics possibles ? (Détaillez) .

Dans ce cas clinique, nous sommes face à une douleur abdominale chez une femme de 82 ans, sans antécédent particulier.

Cette douleur peut évoquer:

- Colique néphrétique,
- Colique hépatique
- TFI (Trouble Fonctionnel Intestinale)
- Ulcère gastrique ou duodénal
- Sigmoïdite aiguë ou chronique
- Infarctus du myocarde (dans le territoire inférieur)
- Angor d'effort atypique
- Péricardite
- Douleurs musculaires,
- Douleurs pariétales
- Hernie (de la ligne blanche...)
- Dissection aortique partielle
- Ischémie mésentérique
- Douleur d'origine pancréatique
- Syndrome sub-occlusif
- Kyste de l'ovaire (rupture, torsion)
- Épanchement pleural
- Embolie pulmonaire

2- Décrivez le signe de Murphy. Quel est sa spécificité ?

Le signe de Murphy est un signe clinique que l'on doit chercher lors d'un examen clinique abdominal: en appuyant sur la zone « vésiculaire » on provoque une douleur identique à la colique hépatique avec une inhibition respiratoire.

L'association de la douleur provoquée et l'inhibition respiratoire constitue le signe de Murphy.

Le signe de Murphy n'a pas une bonne spécificité.

On retrouve le signe de Murphy dans les pathologies suivantes :

- Colique hépatique,
- TFI (Trouble Fonctionnel Intestinal) et « colopathie fonctionnelle »
- Sigmoïdite aiguë/chronique.

3- Quel bilan sanguin et radiologique demandez-vous ? Pourquoi ?

Bilan sanguin :

NFS à la recherche d'une hyperleucocytose

- o PNN (infection bactérienne)
- o Lymphocyte (infection virale)

Urée

Créatinine

DFG

ASAT

ALAT

γGT

} évaluation de la fonction rénale

} élévations et modifications importantes des enzymes hépatiques

Lipasémie → atteinte spécifique du Pancréas

Bilirubine → augmentée

Phosphatases Alcalines (PA) → augmentées

Acide urique → augmenté

Enzymes cardiaques : (Pro BNP-Troponine-CPK MB)

ECG (en cas d'Infarctus du myocarde, péricardite...)

ECBU (présence de sang et leucocytes...)

Le bilan radiologique :

L'imagerie de première intention est l'**échographie**.

L'échographie a une sensibilité de plus de 95%, bien supérieure au scanner ou à l'IRM.

L'échographie permet de montrer des calculs de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), il permet également de chercher une :

- Dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la voie biliaire principale.
- Visualiser et mesurer l'épaisseur de la paroi vésicale,
- Visualiser et évaluer les autres organes : le pancréas, les reins...



Quel est le diagnostic le plus probable ? pourquoi ?

Le diagnostic le plus probable est une douleur biliaire due à une distension aiguë des voies biliaires sur un obstacle : c'est la **Colique hépatique**.

Le terme « Colique Hépatique » est impropre : la colique est une douleur d'intensité variable et intermittente alors que la douleur des voies biliaires est croissante et permanente.

Par ailleurs, c'est la distension des voies biliaires qui déclenche la douleur et non pas le foie !

Donc la colique hépatique est un terme franchement impropre mais usuel.

Les arguments en faveur de ce diagnostic sont :

- sexe féminin
- âge (82 ans)
- obésité (1,68 m - 95 kg // BMI à 33,65)
- douleur après un repas (gras et bien arrosé)
- type de la douleur (début brutal et d'intensité maximale)
- la durée de la douleur (de quelques minutes à quelques heures)
- de début progressif et fin brutale
- douleur permanente ++
- Le siège de la douleur : épigastrique dans (2/3) des cas, hypochondre droit (1/3)
- irradiation de la douleur : vers l'épaule droite et la fosse lombaire droite

Dans ce cas clinique, une échographie faite le lendemain a mis en évidence la présence de calculs de petite taille dans la vésicule.

4- Détaillez votre prise en charge .

Une échographie a été faite le lendemain de la crise qui confirme le diagnostic de colique hépatique.

En cas de nouvelle crise : il faut administrer rapidement un **anti-spasmodique** par voie intraveineuse ou intramusculaire, associé à un traitement **antalgique**.

Dans les formes moins douloureuses, on peut utiliser **Spasfon®** (Phloroglucinol) une ampoule de 40 mg à renouveler deux fois (dose maximale 3 ampoules/24h)

L'atropine ou/et la théophylline sont efficaces également, mais beaucoup moins utilisés.

Dans les formes intenses, il faut utiliser **Péthidine®** morphinique de synthèse, palier III (OMS), d'emblée : 100 mg en perfusion en IV sur 15mn ou une injection en IM.

Temgésic® (Buprémorphine) dérivé morphinique peut être utilisé malgré l'action connue des morphiniques sur les voies biliaires.

(Les morphines augmentent la pression sur les voies biliaires), ici seul l'effet antalgique est souhaitable.

Les **Anti-inflammatoires Non Stéroïdien (AINS)** sont efficaces aussi et en plus les AINS ont un effet bénéfique sur l'incidence de la cholécystite aiguë.

Par exemple:

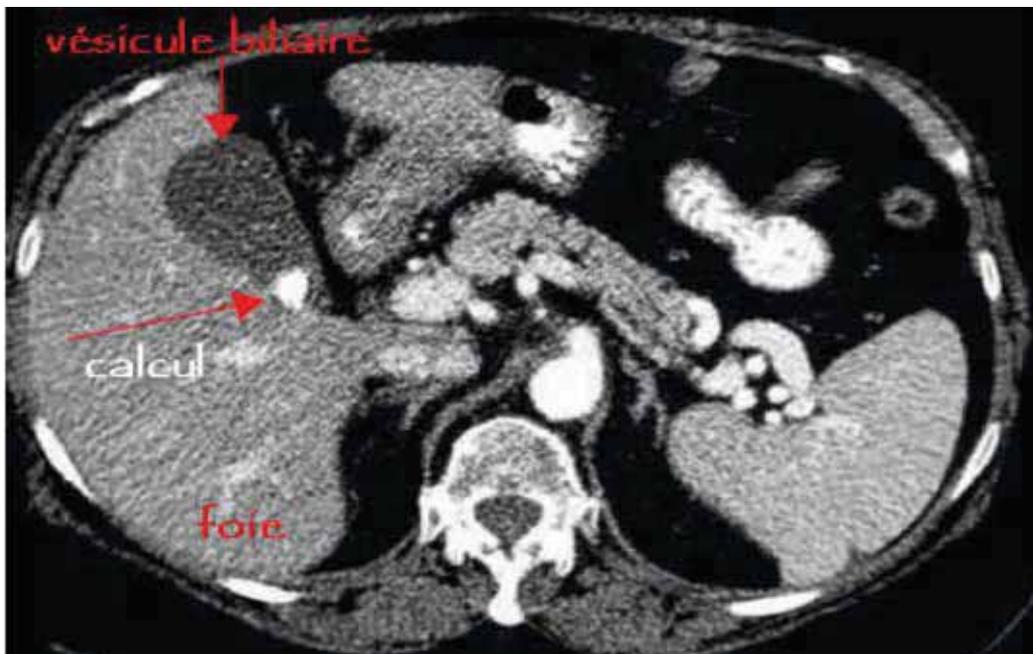
Voltarène® (Diclofénac) 1 ampoule de 75 mg en IM ou per os.

Tilcotil® (Ténoxicam), en suppositoire de 100 mg peut être utilisé en cas de contre-indication (CI) pour les injections en IM (anti coagulation).

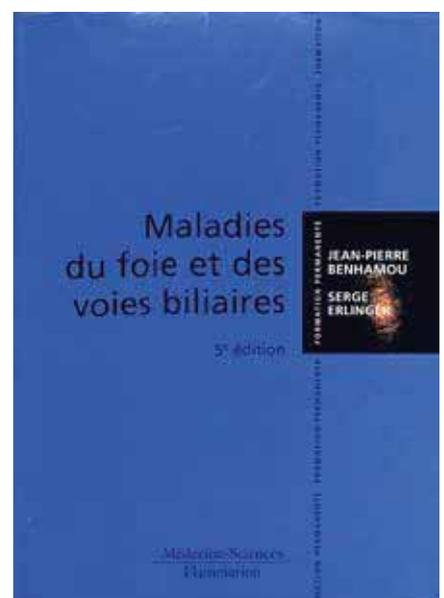
Ce sont les AINS les plus utilisés avec l'AMM dans les douleurs de distension.

Ceci était le volet de la prise en charge de la douleur (de la crise douloureuse) c'est ce que nous avons fait après confirmation du diagnostic.

Par contre, il reste l'avis d'un(e) collègue Chirurgien(ne) concernant l'ablation de la vésicule à « froid » (à distance de cette crise de colique hépatique).



Sources:



K-KLINIK-6

Cas clinique présenté par :
K-KLINIK magazine



Cas clinique expertisé par :
Dr. MODERT Fernand
Médecin spécialiste en
Médecine Interne
Esch-sur-Alzette, Luxembourg

Fièvre et frissons (suite du K-KLINIK 5)

Anamnèse

36

Madame R, âgée de 82 ans, (suite du KK-5) a été hospitalisée par son médecin traitant pour bilan et prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Examen clinique

En moins de 24 heures, il y a une nette dégradation de son état général :

Fièvre à 39,5°C

Frissons

Douleurs épigastriques

Elévation des gamma GT

Elévation de la bilirubine

Elévation des enzymes hépatiques (ASAT-ALAT)

- 1- Quel est votre diagnostic ? Argumentez.
- 2- Quel signe clinique manque ? Pourquoi ?
- 3- Quelle est l'étiologie de cette maladie dans ce cas clinique ? Quelles sont les autres étiologies ?
- 4- Décrivez votre conduite à tenir ? Détaillez .
- 5- Quelles sont les complications ?

1- Quel est votre diagnostic ? Argumentez.

A priori, en 24 heures d'évolution, la colique hépatique s'est transformée en: **Angiocholite aigüe.**

L'Angiocholite aigüe, est une infection bactérienne (le plus souvent d'origine digestive) de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra hépatiques.

La présence de la **triade de Charcot** :

- Colique hépatique (douleur)
- Fièvre/frissons
- Ictère

Constituent les signes caractéristiques de l'**angiocholite aigüe.**

La fièvre et les frissons sont intenses, la fièvre peut monter jusqu'à 40-41°C est reste stationnaire pendant 1 à 3 jours puis redescend.

Dans les cas graves il peut y avoir une hypothermie.

2- Quel signe clinique manque ? Pourquoi ?

A ce stade de l'évolution de la maladie, l'Ictère manque.

Le plus souvent il s'agit d'un sub-ictère.

L'Ictère est le dernier signe clinique à se manifester dans cette triade.

La bilirubinémie, notamment chez le sujet âgé, est plutôt modéré 30 µmol/l.

Du fait de la rapide évolution de la maladie l'Ictère a du mal à s'installer. Un Ictère intense est rare.

En cas d'un Ictère intense (bilirubinémie supérieure à 200 µmol/l). Il faut rechercher une cholestase d'origine bactérienne associée à une insuffisance rénale (ce qui diminue l'élimination rénale de la bilirubine) et/ou une hyper hémolyse (ce qui augmente la production de la bilirubine).

Les valeurs biologiques évoquant un tableau d'angiocholite aigüe sont :

- Hyperleucocytose à Polynucléaire Neutrophile (PNN) le plus souvent supérieur à 20000 GB/mm³. Chez le sujet âgé, il y a une exception, dans un premier temps on peut avoir une leucocytose inférieur à 10 000 G/l
- La bilirubinémie est le plus souvent entre 30-80 µmol/l.
- Les phosphatases alcalines (PA) sont constamment élevées.
- L'ASAT et l'ALAT sont élevées.
- L'amylasémie est élevée (non spécifique)
- Les hémocultures sont positives dans la majorité des cas.
- La lipasémie peut être élevée en cas d'atteinte pancréatique (obstruction du canal de Wirsung et/ou l'ampoule de Vater).

Les germes, le plus souvent, en question, sont des germes du tube digestif. Donc l'infection se fait par voie ascendante à partir du tube digestif.

Mais, une infection des voies biliaires par la voie sanguine et/ou lymphatique est tout à fait possible, mais plus rarement.

Les frissons traduisant le passage des bactéries dans le sang, (de la simple bactériémie jusqu'à la septicémie).

Les germes responsables sont le plus souvent des **Bacilles Gram Négatif (BGN)**

- E.Coli
- Klébsiella
- Entérobacter

Mais aussi

- Streptococcus faécalis (entérocoque)
- Clostridium perfringens...

Dans 2/3 des cas, il y a une infection concomitante de 2 ou plusieurs germes à la fois.

3- Quelle est l'étiologie de cette maladie dans ce cas clinique ? Quelles sont les autres étiologies.

Dans ce cas clinique (suite de KK5) l'étiologie a été diagnostiquée par une échographie: C'est un calcul qui a obstrué (partiellement) la voie biliaire principale.

D'une façon générale :

- la lithiase biliaire est la première cause d'angiocholite aigüe. (le calcul est l'obstacle)
- une tumeur des voies biliaires (intrinsèques)
- une tumeur (pancréas, foie, par compression)
- un kyste (extrinsèque)
- des parasites (Douve / Ascariose / kyste hydatique...)
- maladies des voies biliaires (cholangite sclérosante...)
- latrogène ++ (lors des manœuvres sur les voies biliaires: Cholangiographie rétrograde...)

4- Décrivez votre conduite à tenir ? Détaillez .

La prise en charge d'une angiocholite est une **urgence médico-chirurgicale** : dans un premier temps une urgence médicale puis chirurgicale.

Dans la prise en charge globale, il y a les mesures suivantes :

- 1 - lutter contre la douleur (même traitement que la colique hépatique)
- 2 - lutter contre l'infection bactérienne
- 3 - stabiliser l'hémodynamique
- 4 - équilibrer l'hydro-électrolytique
- 5 - traiter l'obstacle

Lutter contre l'infection bactérienne :

Après la réalisation de trois (3) séries d'hémocultures on commence avec une bi-antibiothérapie probabiliste efficace sur les BGN.

Dans plus de 50% des cas, l'infection est poly microbienne.

les bi-therapies les plus utilisés sont:

-Amoxicilline - Acide Clavulanique (Augmentin ®) + Aminocyclitol

-Céphalosporine 3^{ème} generation +Aminocyclitol

-Fluoroquinolone + Imidazolé

par exemple:

- Augmentin ® 1g/8h + Amukin ® 500mg/24h
- Rocéphine® 2g/24h + Amukin ® 500mg/24h
- Rocéphine® 2g/24h + Flagyl ® 500mg/8h

Et en cas d'allergie aux β lactamines:

- Ciproxine ® 400mg/12H + Flagyl ® 500mg/8h

Dans un deuxième temps, une fois les germes identifiés par l'antibiogramme, nous adaptons notre antibiothérapie.

La durée du traitement est au moins 15 jours sinon 10 jours de traitement efficace. Normalement, en 24-48 heures de traitement efficace le syndrome infectieux régresse.

En cas d'échec du traitement médical :

La décompression des voies biliaires est indiquée en urgence

La **sphinctérotomie endoscopique** est le traitement de choix en cas de calcul ou des tumeurs duodéno-pancréatique obstructive.

Le drainage percutané trans hépatique est indiqué en cas de :

- Impossibilité de réaliser une sphinctérotomie endoscopique
- Présence d'une dilatation des voies biliaires intra-hépatique due à un obstacle au niveau de la convergence biliaire.
- Présence d'une anastomose bilio-digestive.

Le drainage chirurgical en urgence est devenu exceptionnel.

La désobstruction de la voie biliaire par sphinctérotomie endoscopique se fait au cours d'une **Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE)**: C'est une urgence absolue.

La CPRE est un geste endoscopique interventionnel qui est effectué sous anesthésie générale (AG) avec un matériel endoscopique dédié : endoscope à vision latérale.

La CPRE permet l'abord de la voie biliaire principale puis une sphinctérotomie endoscopique avant extraction instrumentale du calcul.

5- Quelles sont les complications .

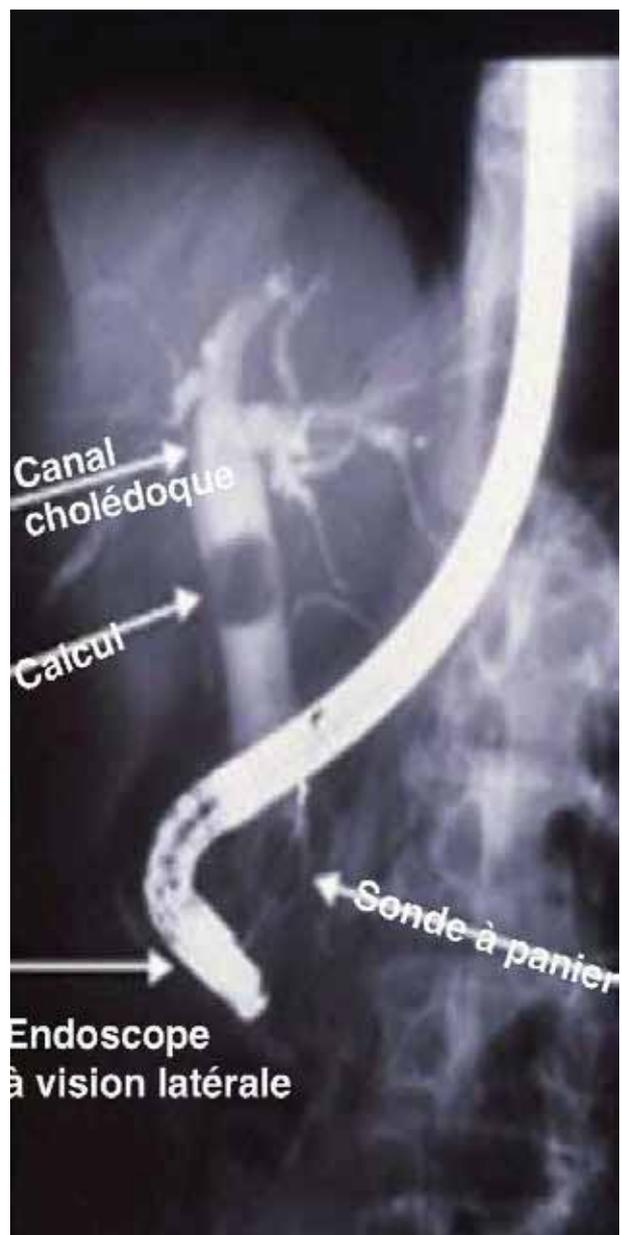
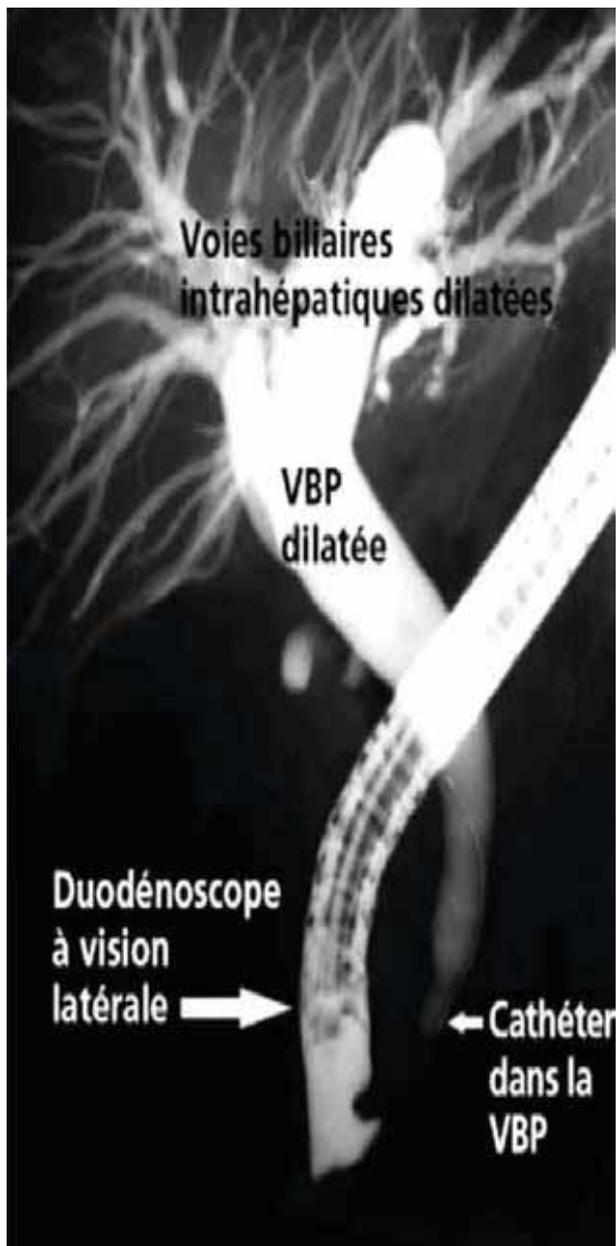
L'angiocholite aigüe est une urgence absolue. En absence (ou retard) du traitement, la maladie s'aggrave avec la septicémie ensuite un choc septique et enfin la mort. Tout en sachant qu'une insuffisance rénale peut s'installer très rapidement et aggraver et accélérer l'évolution de la maladie.

Les autres complications sont :

- Perforation (dans le péritoine)
- Abscès (du foie)
- Pancréatite secondaire
- Hémorragie

Par contre, il y a aussi le risque de complication de la CPRE ± Sphinctérotomie, qui est estimé entre 5-10%

- Pancréatite aigue
- Hémorragie
- Infection duodénale
- La perforation duodénale



Comment Publier votre Cas Clinique dans K-KLINIK

Cher(e)s Collègues

K-KLINIK est un magazine fait par les Professionnels de la Santé
pour les Professionnels de la Santé.

Vos Cas Cliniques nous intéressent.
Venez les partager avec nous.

Comment Publier votre Cas Clinique :

Pour cela, il suffit de nous Contacter au **621 25 22 10**
et nous faire parvenir les éléments du dossier (**Cas réel**)

Laissez-vous guider :

Nous vous aidons à toutes les étapes de la réalisation.

Nous pouvons, même, soumettre votre Cas Clinique exposé
à un expert de la discipline, si vous le souhaitez.

Nous sommes là pour vous aider.

Direction K-KLINIK

NEW

LIPERTANCE[®]

atorvastatine / perindopril arginine / amlodipine

NEW

BIPRESSIL[®]

bisoprolol fumarate / perindopril arginine

COVERAM[®]

perindopril arginine / amlodipine

TRIPLIXAM[®]

perindopril arginine / Indapamide / amlodipine

COVERSYL[®]

perindopril arginine

COVERSYL PLUS[®]

perindopril arginine / indapamide

