

MAGAZINE MÉDICO-CHIRURGICAL

K-KLINIK

**[www K-KLINIK.lu](http://www.K-KLINIK.lu)
N° 28 Mai - Juin 2022
N° 29 Juillet - Août 2022**

NUMERO DOUBLE

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB



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

EDITO

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

Chères collègues et chers collègues,

Dans ce numéro double de **K-KLINIK N° 28 - 29**, notre très chère collègue, Dr Sylvie COITO de KETTERHILL nous fait profiter d'un cas clinique exceptionnel comme d'habitude.

De même, nous partageons une série d'imagerie, avec la collaboration de notre cher radiologue ; Dr Philippe MOLKO.

Je tiens toujours à vous rappeler, mes chères collègues et chers collègues, que vous pouvez, également, exposer vos **cas cliniques et vos imageries médicales**.

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

Je vous souhaite une très bonne lecture .

Rédacteur en chef, Dr MANAVI.

Mentions légales

Éditeur : KKLINIK Sàrl	N° TVA : LU29285949	N° d'Identité nationale :	20172418520
Rédacteur en chef :	Dr MANAVI H.-R.	Directrice éditoriale :	Madame CLATOT Stéphanie
Correction :	M. HUGOT Denis		denishugot@aol.com

www.K-KLINIK.lu le site a été réactualisé en mai 2021 mise à jour : mai 2021

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** ne peut être tenu pour 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.

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

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 numéro :

Dr COITO Sylvie

M^{me} LOUVEL Sophie

Dr MOLKO Philippe

M^{me} RAMOS Fernanda

Dr RIBEMONT Annie-Claude

M. SALLES Damien

Nous remercions, chaleureusement notre collègue radiologue qui a participé à l'élaboration de ce numéro double spécial : Imageries médicales.



Dr Molko Philippe

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

VALEURS DE REFERENCES

	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 / mn / 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	mg / dl
		1,6-2,6 < 20 ans	mg / dl
Phosphore _(adulte)		2,4 - 4,4	mg / dl
Hémostase-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
Vitamines			
Vitamine D :		< 30 ng / ml	
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.	< 170	< 300	U / l
Totale			
C.K.	< 3.2	< 4.5	ng / ml
MB Massique			
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
Parathormone (PTH ₍₁₋₈₄₎)		6,5 - 36,8	pg / ml
Marqueurs tumoraux			
PSA		< 4.00	ng / ml

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

TABLE DES MATIÈRES

Edito (Dr MANAVI H.-R.)	PAGE	3
Normes et valeurs biologiques (Laboratoires KETTERHILL)	PAGE	7
Table des matières et table des matières des diagnostics	PAGE	9
Abréviations.	PAGE	11
K-KLINIK-1- Une LMC en phase d'accélération	PAGE	13
IMAGERIES MÉDICALES	PAGE	17
NEUROLOGIE.	PAGE	18
HSD Chronique	PAGE	18
AVC Ischémique	PAGE	23
Hémorragie cérébelleuse	PAGE	25
Hérnie Discale (HD).....	PAGE	30
THYROÏDE	PAGE	34
Goitre multinodulaire	PAGE	34
PNEUMOLOGIE	PAGE	38
Epanchement pleural.....	PAGE	38
Corps étranger	PAGE	42
ABDOMEN.	PAGE	45
Diverticulose	PAGE	45
Hernie Hiatale	PAGE	49
Fécalome / RAU.....	PAGE	53
Kystes hépatiques	PAGE	56
ORTHOPEDIE	PAGE	58
Fracture complexe du bras droit	PAGE	58
Matériel "à la peau"	PAGE	62
PTH et luxation de la hanche.....	PAGE	65
Fracture fémorale.....	PAGE	70
Orteil	PAGE	74
PARTIES MOLLES	PAGE	76
Collection	PAGE	76
Lymphœdème.....	PAGE	80
Normes et valeurs biologiques (Laboratoires KETTERHILL)	PAGE	82

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

ABBREVIATIONS

AEG	Altération de l'État Général	HTAP	Hypertension de l'artère pulmonaire
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien	IA	Intra-Artériel
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché	IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
ARA2	Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II	IV	IntraVeineux
ASP	Abdomen Sans Préparation	IMC	Indice de Masse Corporelle
BAV	Baisse de l'Acuité Visuelle	INR	International Normalized Ratio
BGN	Bacille Gram Négatif	IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
BHA	Bruit HydroAérique	IPS	Index de Pression Systolique
BMI	Body Mass Index	IRA	Insuffisance Rénale Aiguë
BNP	Brain Natriuretic Peptide	IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive	IF	ImmunoFluorescence
BZD	BenZoDiazépines	kg	kilogramme
CAE	Conduit Auditif Externe	LDH	Lactate DésHydrogénase
CAT	Conduite A Tenir	MAV	Malformation Artério-Veineuse
CG	Culot Globulaire (transfusion)	MI	Membre Inférieur
CIVD	Coagulation IntraVasculaire Disséminée	mn	minute
cm	centimètre	MV	Murmures Vésiculaires
CMOH	CardioMyopathie Obstructive Hypertrophique	NACO	Nouvelle AntiCoagulation par voie Orale
CPRE	CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique	NHA	Niveau Hydro Arénique
CRP	C-Réactive Protéine	NLP	NeuroLePtiques
CS-Tf	Coefficient de saturation de la transferrine	OMI	Œdèmes des Membres Inférieurs
DC	Débit Cardiaque	PA	Paquets-Années (Tabac) <small>pneumologie</small>
DEC	Déshydratation Extra Cellulaire	PA	Phosphatases Alcalines
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire	PA = TA	Pression Artérielle = Tension Artérielle <small>cardiologie</small>
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire	PdC	Produit de contraste
DIC	Déshydratation Intra Cellulaire	PEEP	Positive End-Expiratory Pressure
DID	Diabète Insulino Dépendant	PCR	Polymerase Chain Reaction
DT	Delirium Tremens	PIO	Pression IntraOculaire
DTS	Désorientation Temporo-Spatiale	PSNP	Paralysie Supra-Nucléaire et Progressive
D mIA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age	PVC	Pression Veineuse Centrale
DNID	Diabète Non Insulino Dépendant	RAA	Réticulaire Activateur Antérieur
ECG	ElectroCardioGramme	RAU	Rétention aiguë d'urines
ECBC	Examen Cyto Bactériologique des Crachats	RRS	Rythme Régulier Sinusal
ECBU	Examen Cyto Bactériologique des Urines	SAMS	Staphylocoques Sensibles à la Méricilline
FA	Fibrillation Atriale	SAM.	Staphylocoques Résistants à la Méricilline
FC	Fréquence Cardiaque	Sat	Saturation
FE	Fraction d'Éjection	s	seconde
FID	Fosse Iliaque Droite	SDRA	Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë
FO	Fond d'Œil	SGOT	Sérum Glutamo-Oxalate Transférase
FR	Fréquence Respiratoire	SGPT	Sérum Glutamo-Pyruvate Transférase
FV	Fibrillation Ventriculaire	SLT	Selective Laser Trabéculoplastie
GDS	Gaz Du Sang	TACFA	Tachyarythmie Complète par Fibrillation Atriale
GEP (PEG)	Gastrotomie Endoscopique Percutanée	TDM	TomoDensitoMétrie
GLW	Glasgow (échelle de)	TDC	Trouble Dépressif Caractérisé
HAS	Haute Autorité de Santé	TFI	Trouble Fonctionnel Intestinal
Hb	Hémoglobine	TOGD	Transit œsogastroduodéal
HBPM	Héparine de Bas Poids Moléculaire	TV	Tachycardie Ventriculaire
HDT	Hopitalisation à la Demande d'un Tiers	TVP	Thrombose Veineuse Profonde
HEC	Hyperhydratation Extra Cellulaire	UI	Unité Internationale
HIC	Hyperhydratation Intra Cellulaire	VGM	Volume Globulaire Moyen
HNF	Héparine Non Fractionnée	VIH	Virus de l'Immunodéficiéce Humaine
HO	Hospitalisation d'Office	VNI	Ventilation Non Invasive
HSD	Hématome Sous Dural	VZV	Virus Zona Varicelle
HTA	HyperTension Artérielle		

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB



K-KLINIK-1

Cas clinique présenté et expertisé par :

Dr COITO Sylvie
Médecin spécialiste en biologie
Laboratoires Ketterthill

UNE LMC EN PHASE D'ACCÉLÉRATION

Vous recevez en consultation un homme de 65 ans qui vous dit avoir eu « une maladie du sang il y a 3 ans mais avoue ne pas avoir suivi son traitement depuis au moins 2 ans et ne pas être allé aux consultations de suivi ».

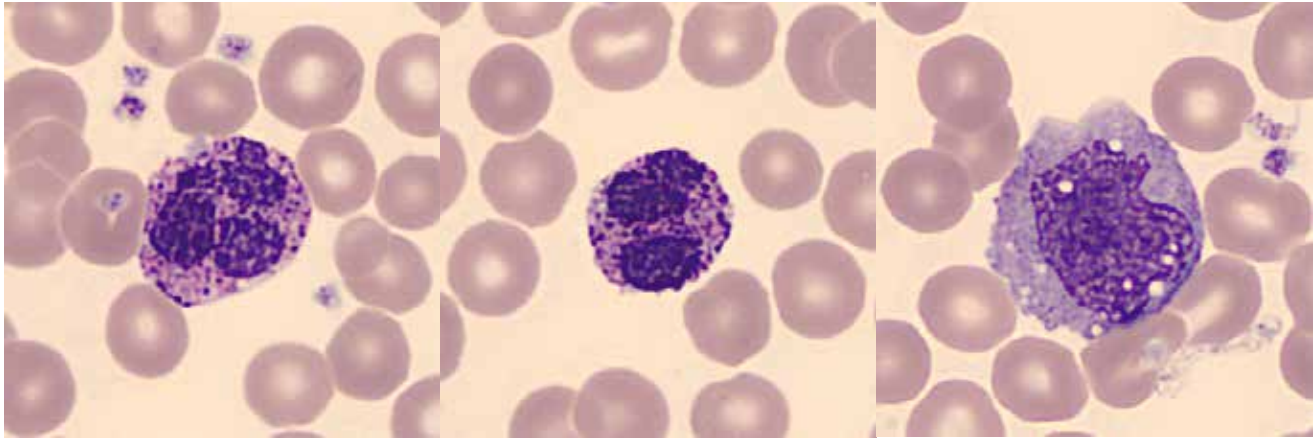
Il consulte pour des douleurs de l'hypocondre gauche apparues spontanément depuis 5 jours, avec une mauvaise tolérance digestive (ralentissement du transit).

A l'examen, la rate déborde de 4 à 5 cm, et est sensible à la palpation. L'abdomen est par ailleurs météorisé mais souple et non douloureux.

Vous demandez un hémogramme :

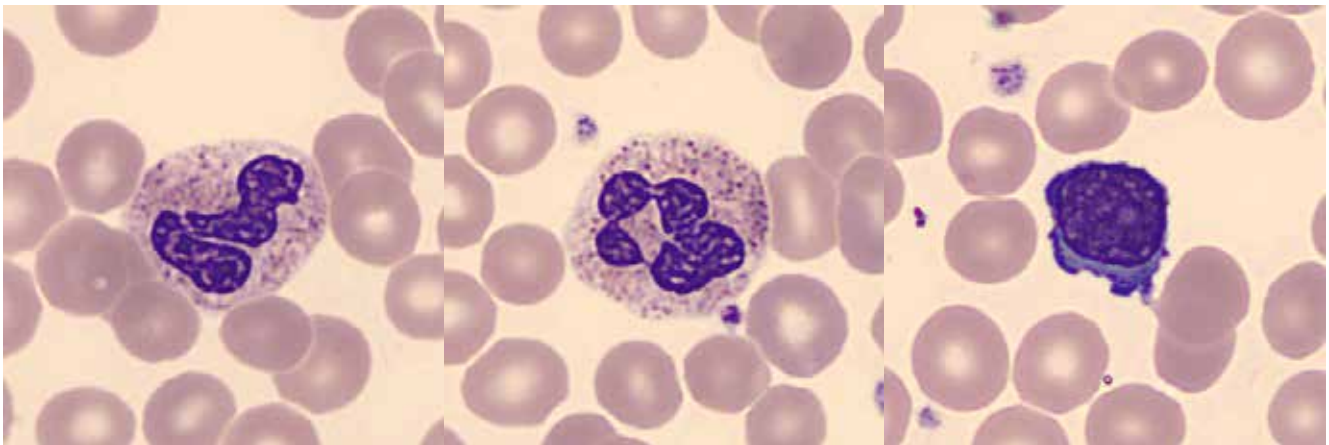
Leucocytes :	72	G / L	Neutrophiles :	27.36	G / L	(38 %)
Erythrocytes :	3.97	T / L	Lymphocytes :	4.32	G / L	(6 %)
Hémoglobine :	10.3	g / dL	Monocytes :	0.720	G / L	(1 %)
Hématocrite :	37.3	%	Eosinophiles :	7.20	G / L	(10 %)
TCMH :	26.4	pg	Basophiles :	18.72	G / L	(26 %)
CCMH :	32.1	g / dl	Métamyélocytes :	5.76	G / L	(8 %)
MCV :	94	fL	Myélocytes :	4.32	G / L	(6 %)
Plaquettes :	266	G / L	Blastes :	3.6	G / L	(5 %)

- 1- Comment interpréter la NFS ?
- 2- Quel est le bilan complémentaire ?
- 3- Quelle est l'évolution des LMC ?
- 4- Comment expliquer l'échec du traitement ?
- 5- Quel est le pronostic en phase accélérée ?



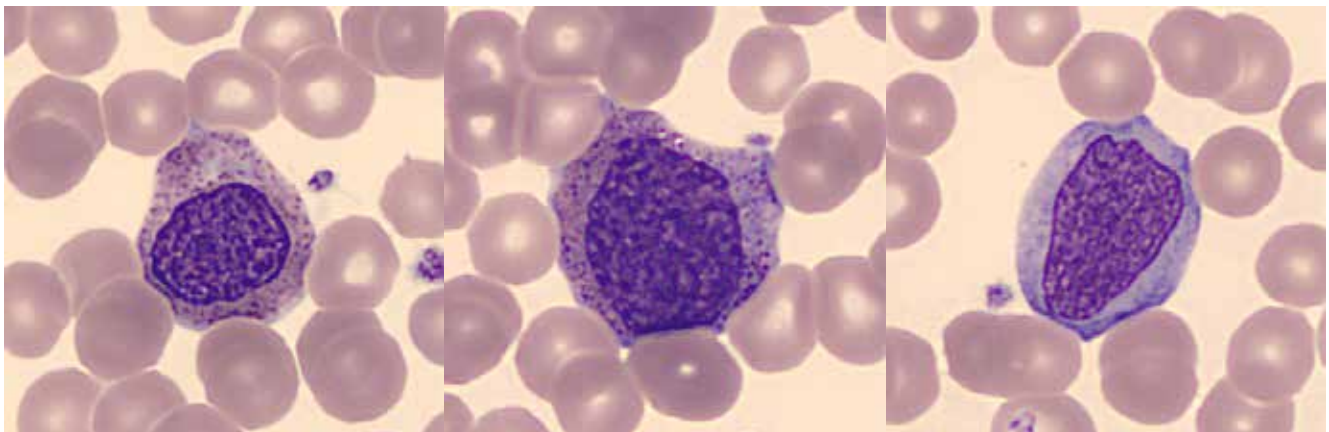
Polynucléaire basophile (x2)

Monocyte



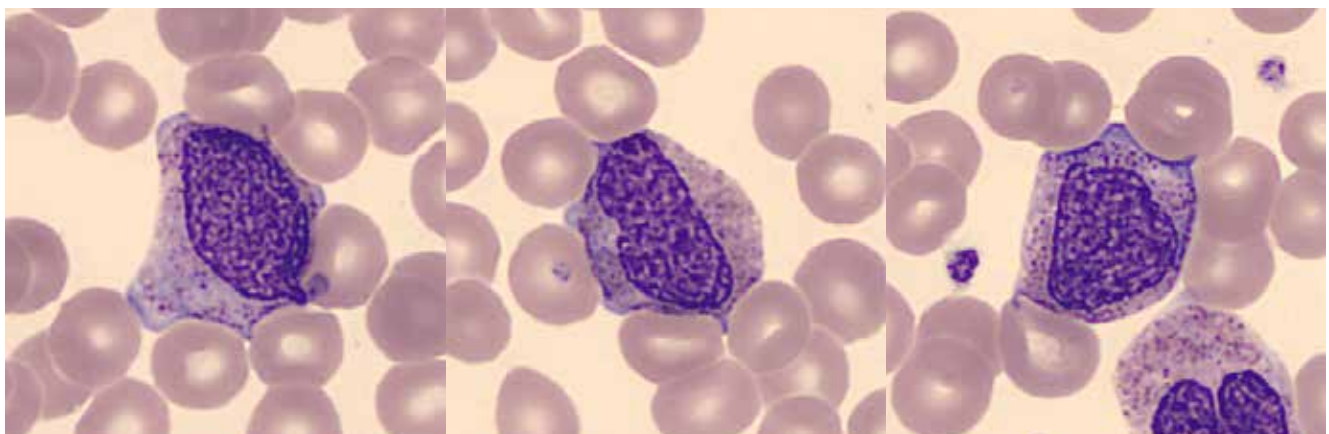
Polynucléaire neutrophile (x2)

Lymphocyte



Myélémie (myélocytes x2)

Blaste



Myélémie (myélocytes – métamyélocyte)

1- Comment interpréter la NFS ?

La NFS montre une importante hyperleucocytose, une anémie encore modérée, normochrome et normocytaire, un nombre normal de plaquettes.

La polynucléose neutrophile associée à une basocytose majeure (26 %), une hyperéosinophilie (10 %), une myélémie > à 10 % ainsi que la blastose circulante estimée à environ 5 % évoque en première intention une leucémie myéloïde chronique.

Après investigation, l'hémopathie diagnostiquée trois ans auparavant était en effet une LMC en phase chronique, pour laquelle un traitement par imatinib (GLIVEC) avait été prescrit, plus ou moins bien suivi pendant quelques mois par le patient puis interrompu.

La LMC est désormais en phase d'accélération (polynucléaires basophiles > 20 %).

2- Quel est le bilan complémentaire ?

- Le myélogramme a mis en évidence un grand excès de précurseurs et polynucléaires basophiles (23 %) ainsi qu'un excès de blastes de l'ordre de 10 %, permettant de confirmer la phase accélérée et d'écarter une phase blastique (> 30 % blastes)
- Le caryotype a montré dans toutes les mitoses analysées la présence d'un chromosome Philadelphie issu d'une translocation t(9;22) sans autres anomalies chromosomiques additionnelles.
- La biologie moléculaire a confirmé la persistance du transcrite BCR-ABL1 à un taux élevé

3- Quelle est l'évolution des LMC ?

La leucémie myéloïde chronique a une évolution en 3 phases.

La plupart des patients se présentent dans la phase chronique, qui est souvent asymptomatique et associée au meilleur résultat thérapeutique. En l'absence de traitement ou si la maladie ne répond pas au traitement, la phase chronique perdure 3 à 6 ans puis évolue naturellement vers une phase accélérée de moins d'un an et finalement vers la phase blastique (=leucémie aiguë secondaire), caractérisée par une prolifération des cellules blastiques et une hématopoïèse défailante. La survie médiane de la phase blastique est de 12 mois, même après l'arrivée des inhibiteurs de la tyrosine-kinase.

Critères de définition des 3 phases de la LMC selon l'European LeukemiaNet

Phase chronique : tous les critères suivants sont réunis

- Cellules blastiques : < 15 % du total dans le sang
- Cellules blastiques et promyélocytes : < 30 % du total dans le sang et la moelle osseuse
- Basophiles : < 20 % du total dans le sang et la moelle osseuse

- Plaquettes : > 100 G / L
- Aucune autre anomalie chromosomique que le chromosome Philadelphie au moment du diagnostic.

Phase accélérée : au moins un des critères suivants

- Cellules blastiques : ≥ 15 % du total dans le sang ou la moelle osseuse.
- Cellules blastiques et promyélocytes : ≥ 30 % du total dans le sang ou la moelle osseuse.
- Basophiles : ≥ 20 % du total dans le sang ou la moelle osseuse.
- Thrombocytopenie persistante (< 100 G / L) non liée au traitement.
- Anomalies chromosomiques clonales surnuméraires dans les cellules positives pour le chromosome Philadelphie

Phase blastique

- Cellules blastiques : ≥ 30 % du total dans le sang ou la moelle osseuse.
- Maladie extramédullaire avec cellules blastiques immatures.

4- Comment expliquer l'échec du traitement ?

L'échec de traitement de la phase chronique survient chez 10 à 15 % des patients en phase chronique traités en première ligne par l'imatinib, et chez < 10 % des patients traités par ITK de deuxième génération.

Chez certains patients l'échec de la réponse est lié à une mauvaise adhésion au traitement.

Pour environ un tiers des patients en échec en première ligne (non obtention ou perte d'une rémission majeure), la résistance est causée par une mutation KD de BCR-ABL1 codant pour une protéine BCR-ABL1 qui est mal inhibée par les ITK. D'autres mécanismes de résistance peuvent être également incriminés, comme l'évolution clonale (aberrations chromosomiques supplémentaires) et l'activation de voies indépendantes de BCR-ABL1.

5- Quel est le pronostic en phase accélérée ?

La phase accélérée a un pronostic intermédiaire qui s'est considérablement amélioré avec les inhibiteurs de la tyrosine-kinase. Les patients qui ont progressé vers la phase accélérée peuvent avoir des réponses durables aux inhibiteurs de tyrosine-kinase, en particulier avec les ITK de deuxième génération ou de troisième génération. La survie globale à 4-5 ans est de 45 à 66 %. La transplantation de cellules souches allogéniques offre une survie globale similaire et peut être envisagée pour les patients plus jeunes avec des donneurs appropriés.

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

**IMAGERIES
MEDICALES**

NEUROLOGIE

HSD Chronique

M. S. Jean Roland, âgé de 73 ans, a été adressé aux urgences pour troubles de la parole, un ralentissement psychomoteur, et une désorientation temporelle.

D'après sa femme, il y a un déficit cognitif récent, évident, depuis sa chute sur la voie publique avec un traumatisme crânien (TC) et une perte de connaissance (PC) brève le 22 juin 2022.

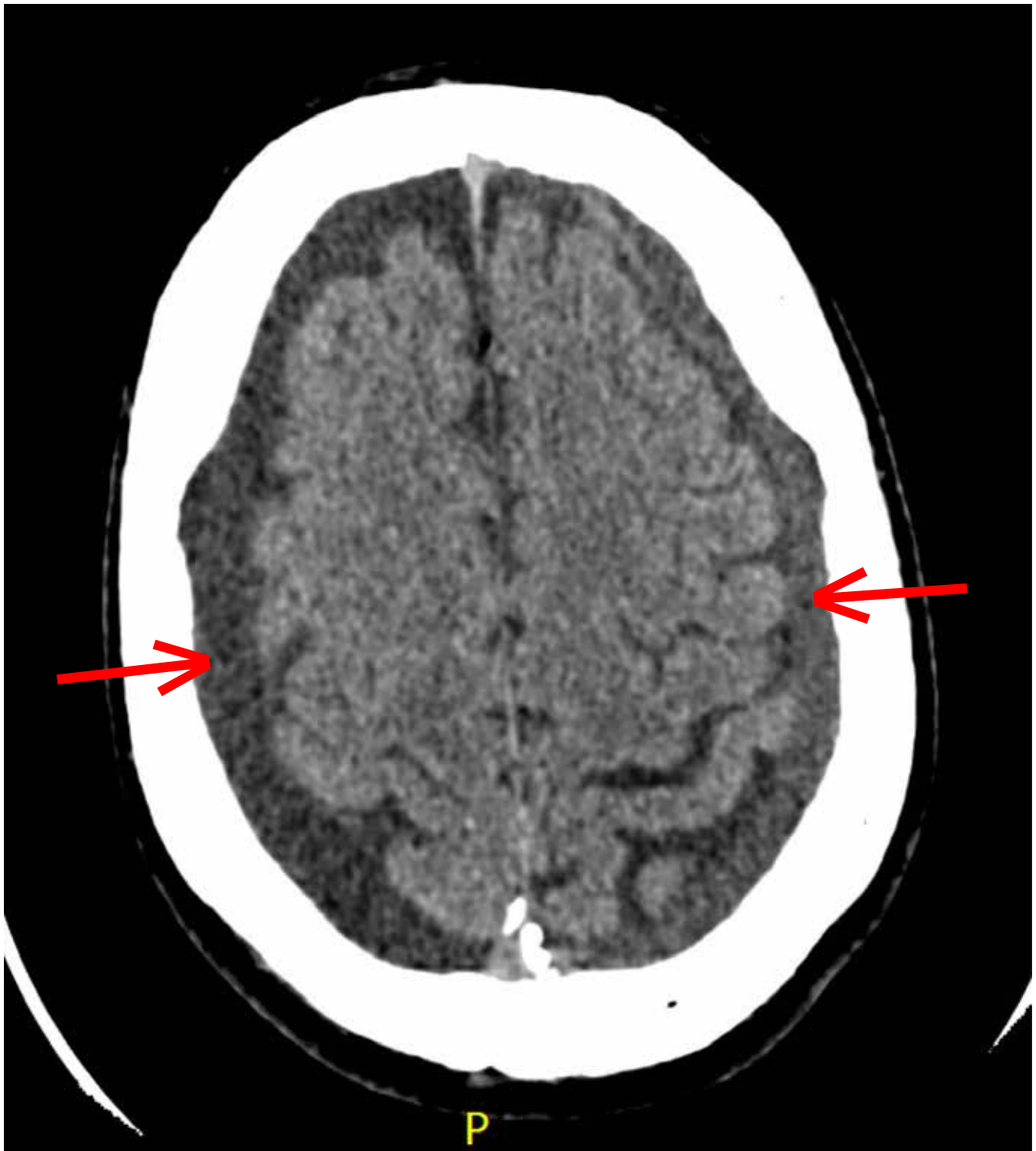
Depuis, il a été hospitalisé (moins de 48 h), par deux fois, sans aucun diagnostic.

Vous décidez de faire un scanner cérébral sans PdC.

Voici une coupe de scanner cérébral.

Quel est votre diagnostic ?





C'est une coupe axiale de scanner cérébral sans PdC, qui montre des stigmates d'un **Hématome Sous Dural (HSD) chronique et bilatéral** (→)

Autres images
(source web)
correspondants à HSD
chronique et aigu :

1/ Hématome Sous Dural
(HSD) chronique (→)
avec effet de masse.

A noter :

Ici, le déplacement de la ligne médiane est supérieur à 7 mm, donc un avis neurochirurgical, en urgence, est requis.



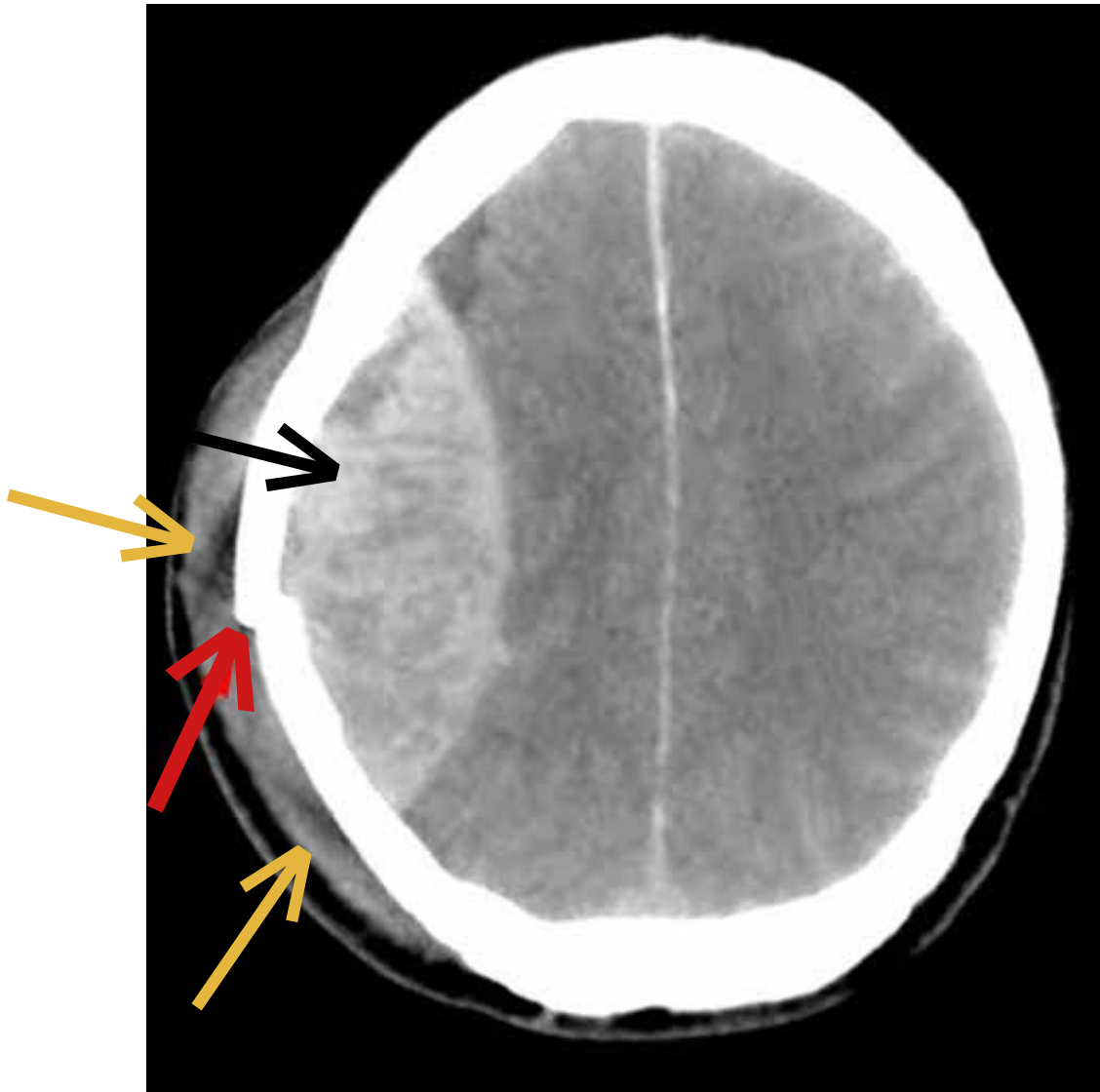
20



Hématome Sous Dural (HSD)
aigu (→)

Pour mémoire :

Le sang frais (ici) apparaît, au scanner sous forme d'une « hyperdensité » ; soit en blanc.



Hématome extra dural (HED) (—>) avec la fracture du crâne (en regard) (—>)

Hématome sous cutané (sous scalpe ou sous cuir chevelu) avec présence d'air (—>).

Pour mémoire : voici quelque astuces pour faire le bon diagnostic entre Hématome sous dural (HSD) et Hématome extra dural (HED) :

HSD	HED
Constitution souvent lente	Constitution rapide
Peut être découvert longtemps après le traumatisme	Découverte rapide, après un intervalle libre court
Entre les deux feuillets de la dure-mère	Dure-mère refoulée (entre la dure-mère et l'arachnoïde)
Étalé sur la surface	Focal
Arrêté par les sinus durs	Sinus durs refoulés
Indépendant des sutures	Ne franchit pas les sutures (sauf si disjonction)
En forme de croissant de lune	En forme de lentille biconvexe

Hématome Extra Dural (HED)

(Epidural Hematoma)

Dure-mère (avec décollement (du Dure-mère) de l'os du crâne)

Dura (peeled off skull)

Fracture (osseuse) du Crâne

Skull fracture

Sang artériel

Arterial blood

Hématome Sous Dural (HSD)

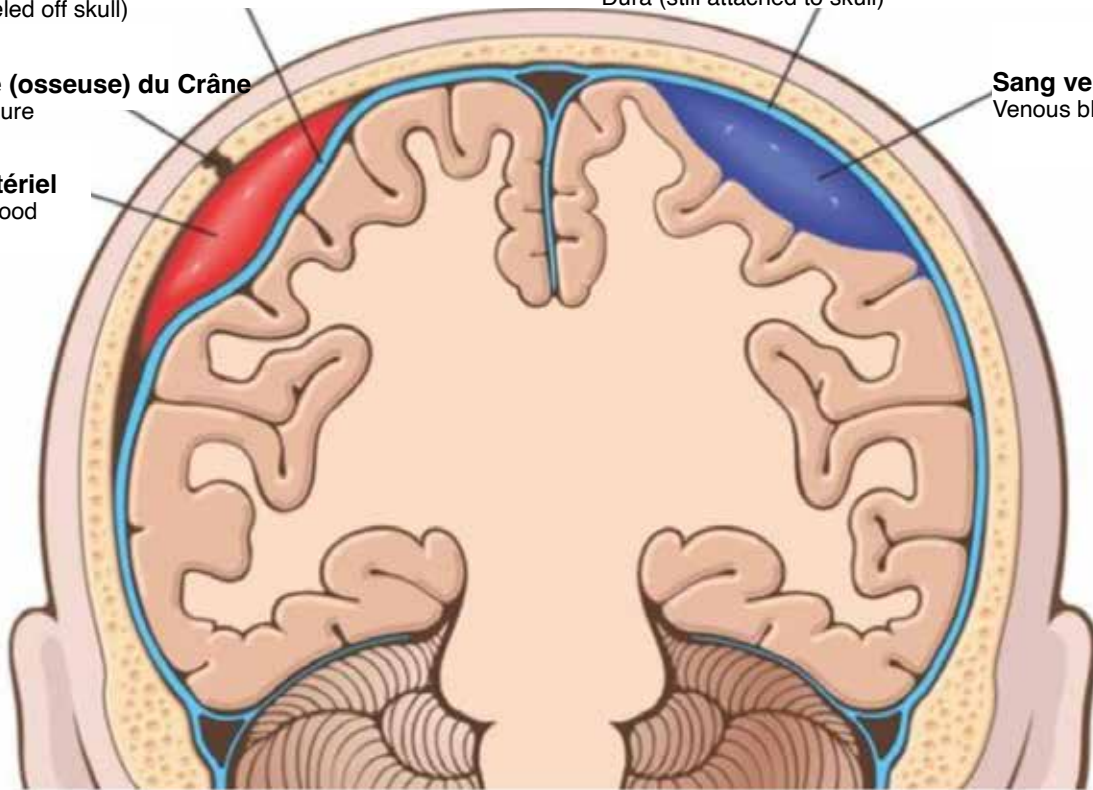
(Subdural Hematoma)

Dure-mère (sans décollement (du Dure-mère) de l'os du crâne)

Dura (still attached to skull)

Sang veineux

Venous blood



NEUROLOGIE

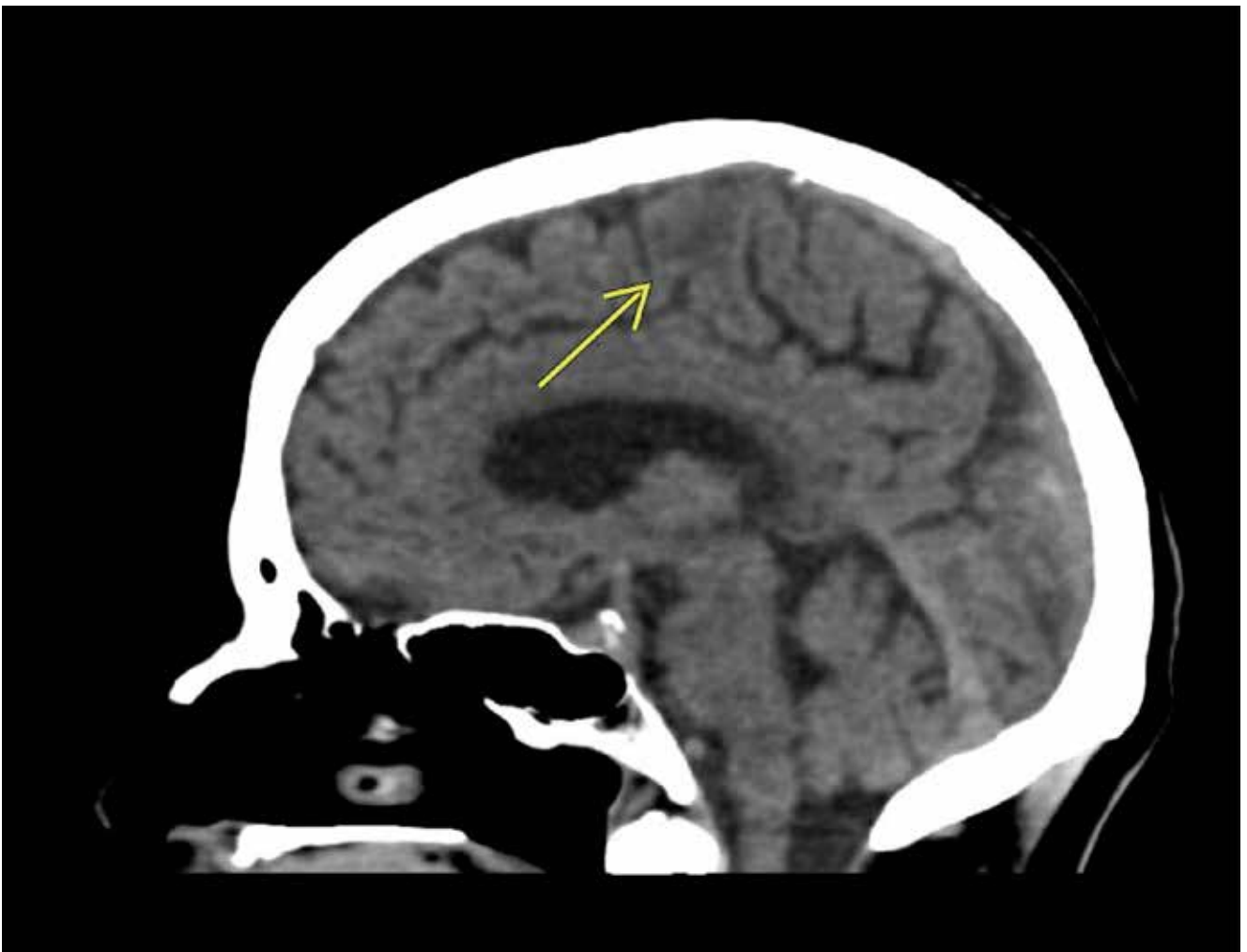
AVC Ischémique

M^{me} R. Marguerite, âgée de 87 ans, vient aux urgences pour hémiparésie gauche, depuis son réveil, ce matin.

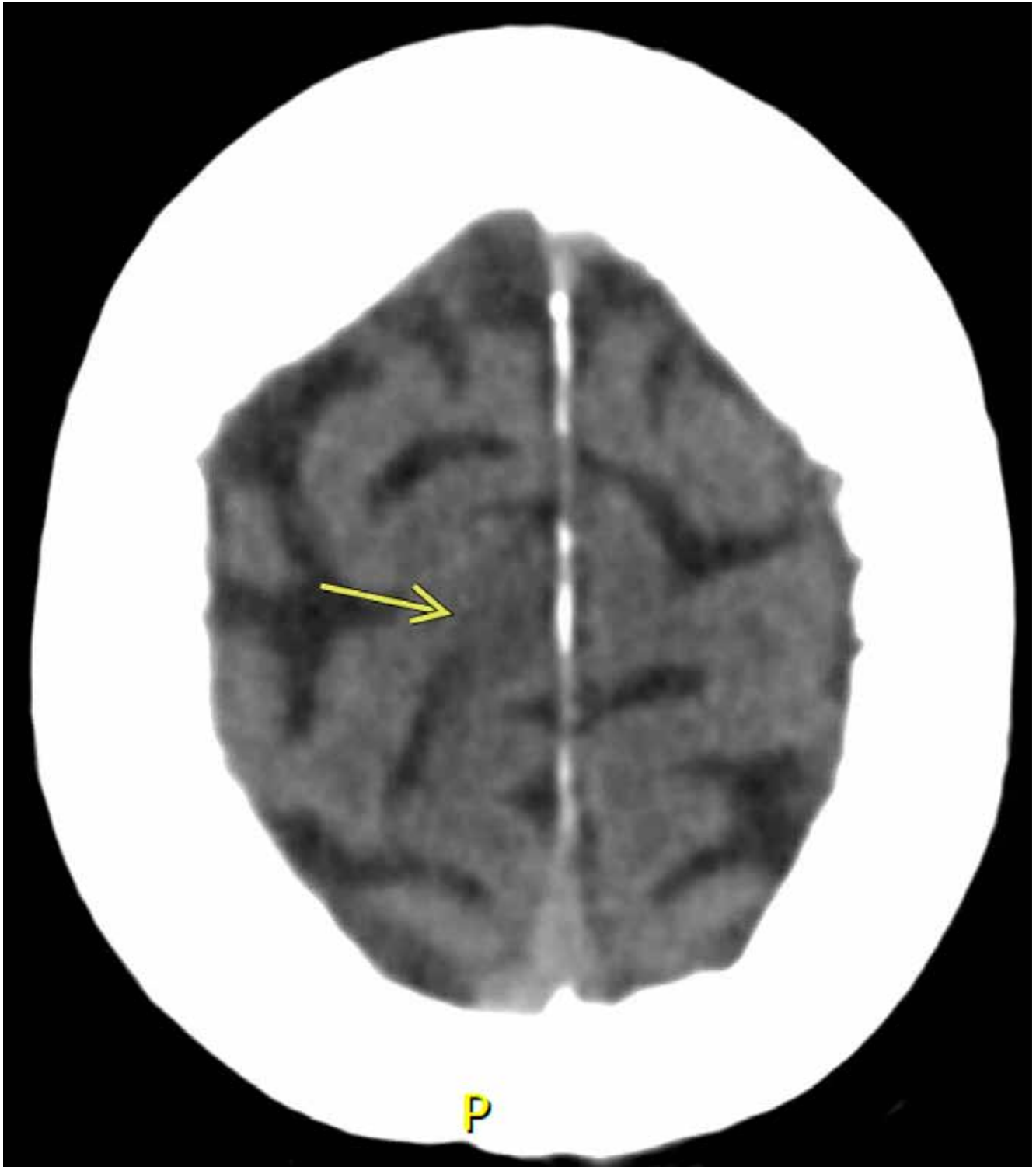
Devant ce tableau clinique, vous demandez une TDM cérébrale, sans PdC, en urgence.

Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?



TDM cérébrale (sans PdC) en coupe sagittale.



TDM cérébrale (sans PdC) en coupe axiale.

Découverte, au scanner cérébral, sans le PdC, d'une hypodensité du lobule para central droit, cortico sous-cortical (territoire de l'artère cérébrale antérieure droit).

(→) hypodensité.



NEUROLOGIE

Hémorragie cérébelleuse

M^{me} P. Ivonne Alberte, âgée de 74 ans, consulte aux urgences, via SAMU, pour :

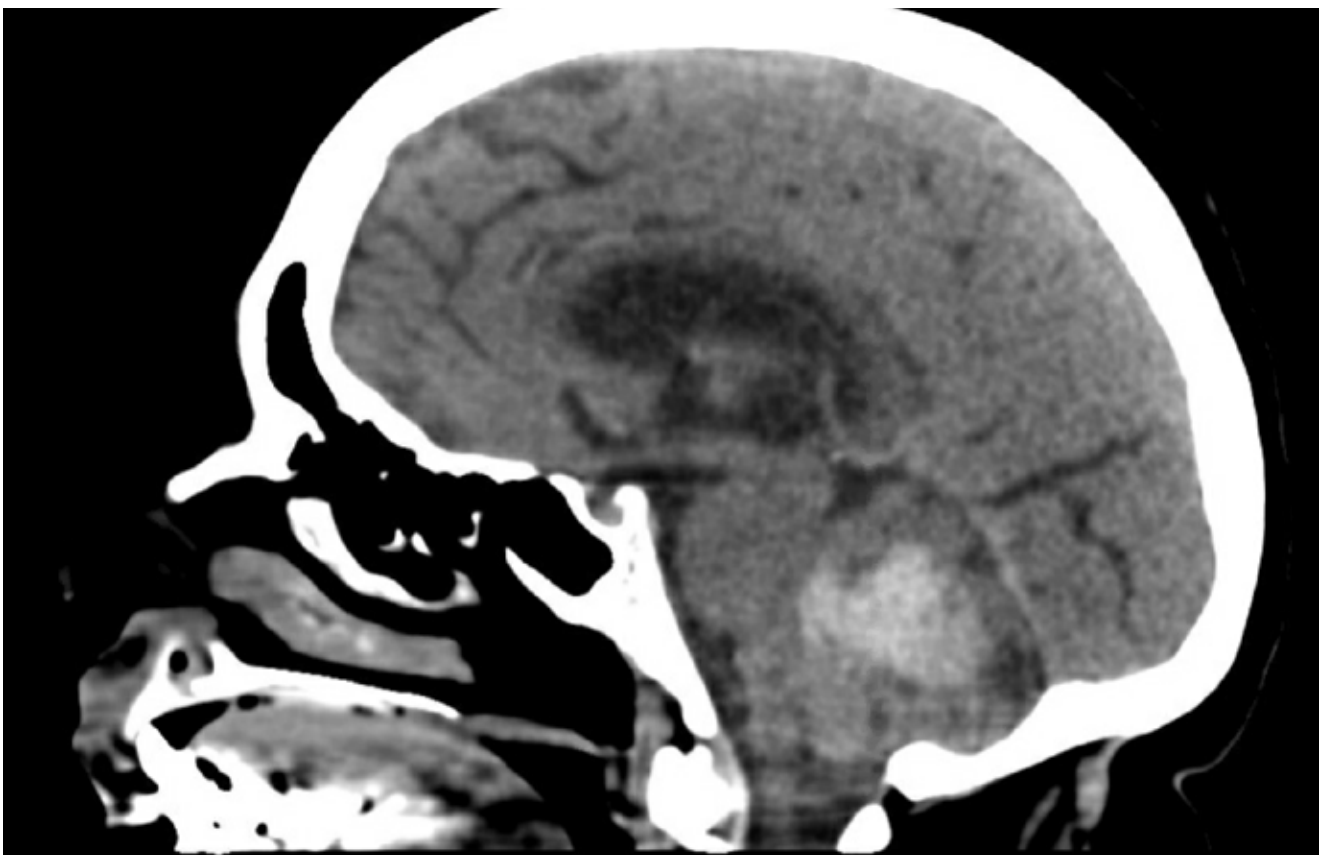
- Hémiparésie gauche
- Déviation du regard vers la gauche
- Héminégligence droite
- HTA maligne à 220 / 125 mm Hg
- Nausées
- Vomissements
- Trouble de l'équilibre
- Vertiges

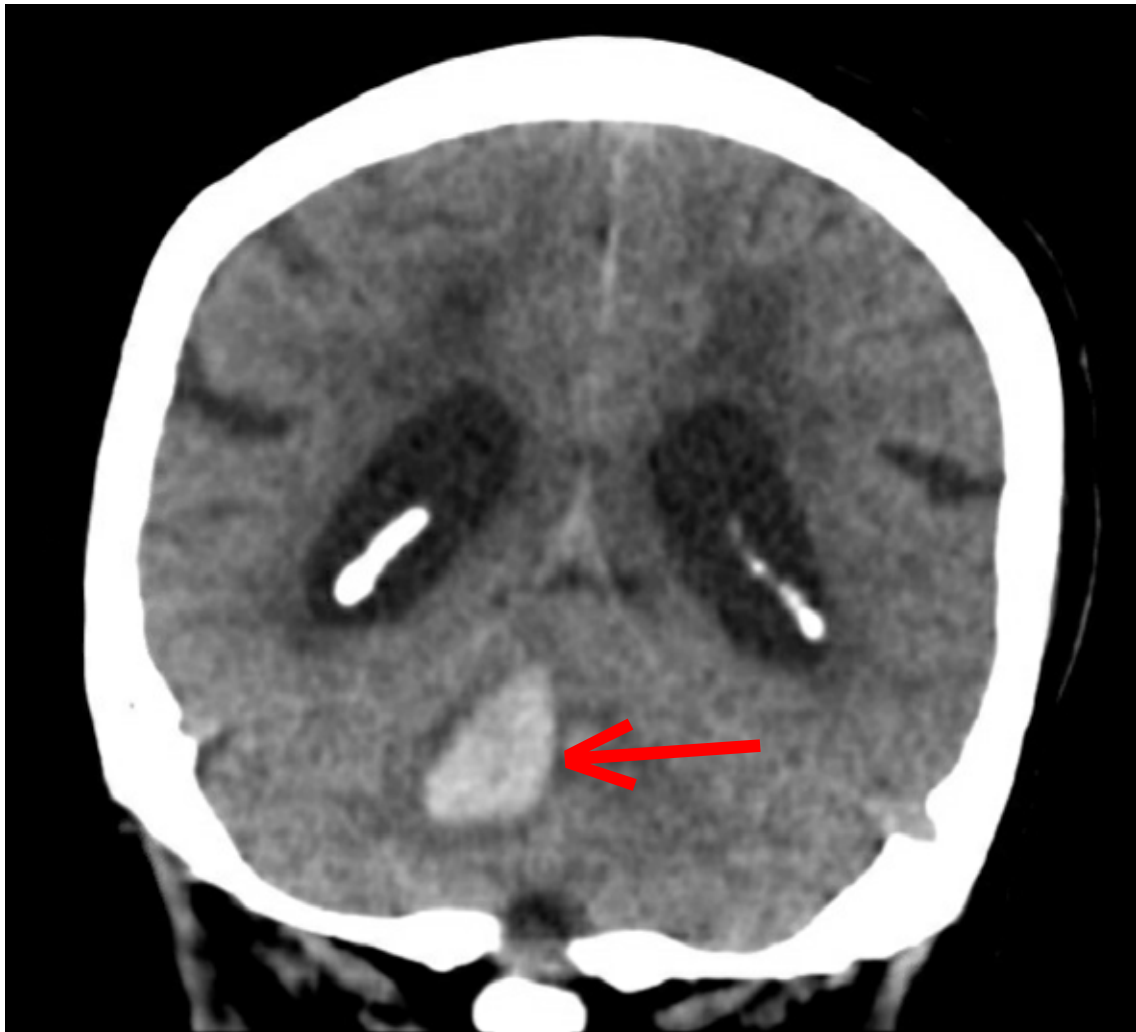
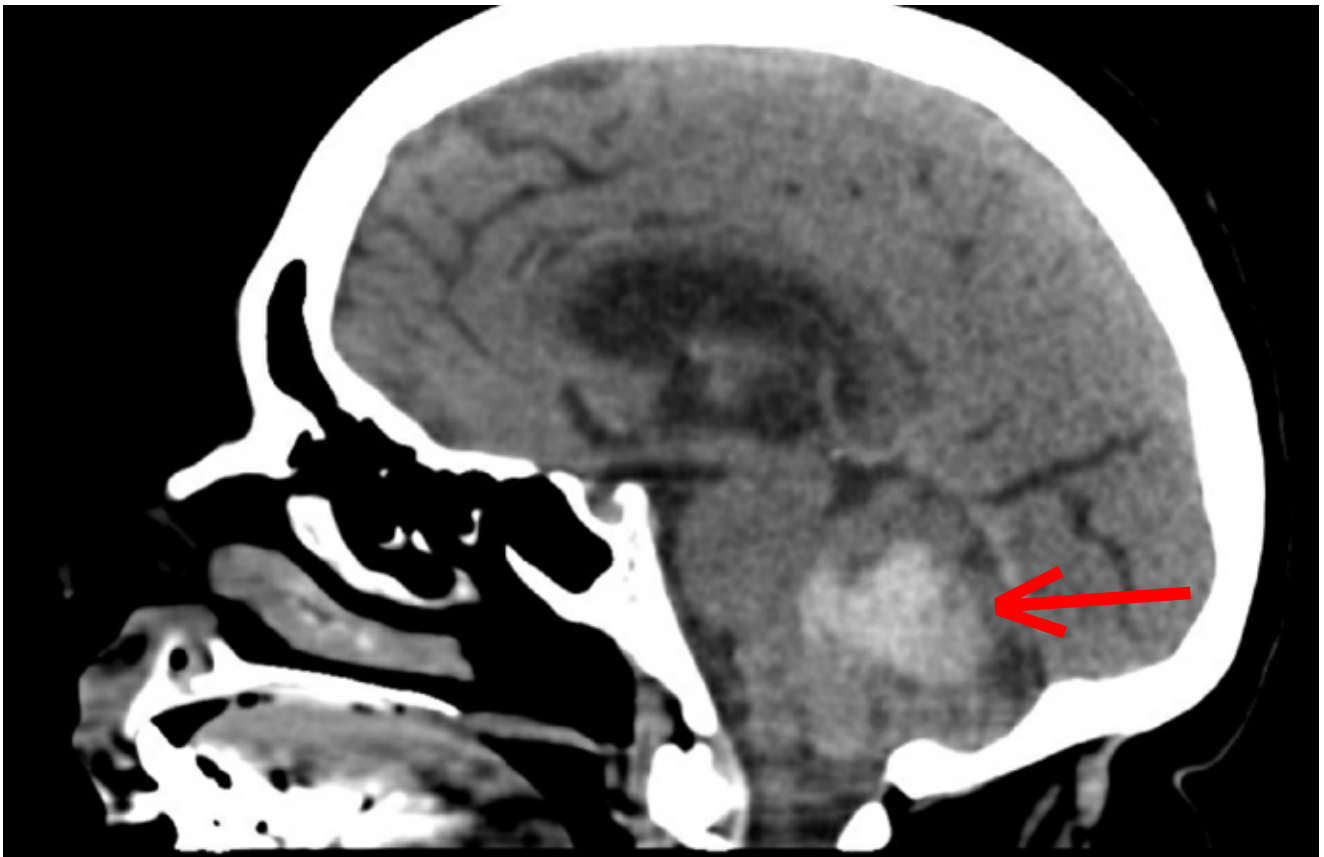
Devant ce tableau clinique, vous demandez en urgence, un scanner cérébral, sans PdC.

Voici quelques coupes du scanner demandé.

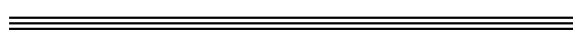
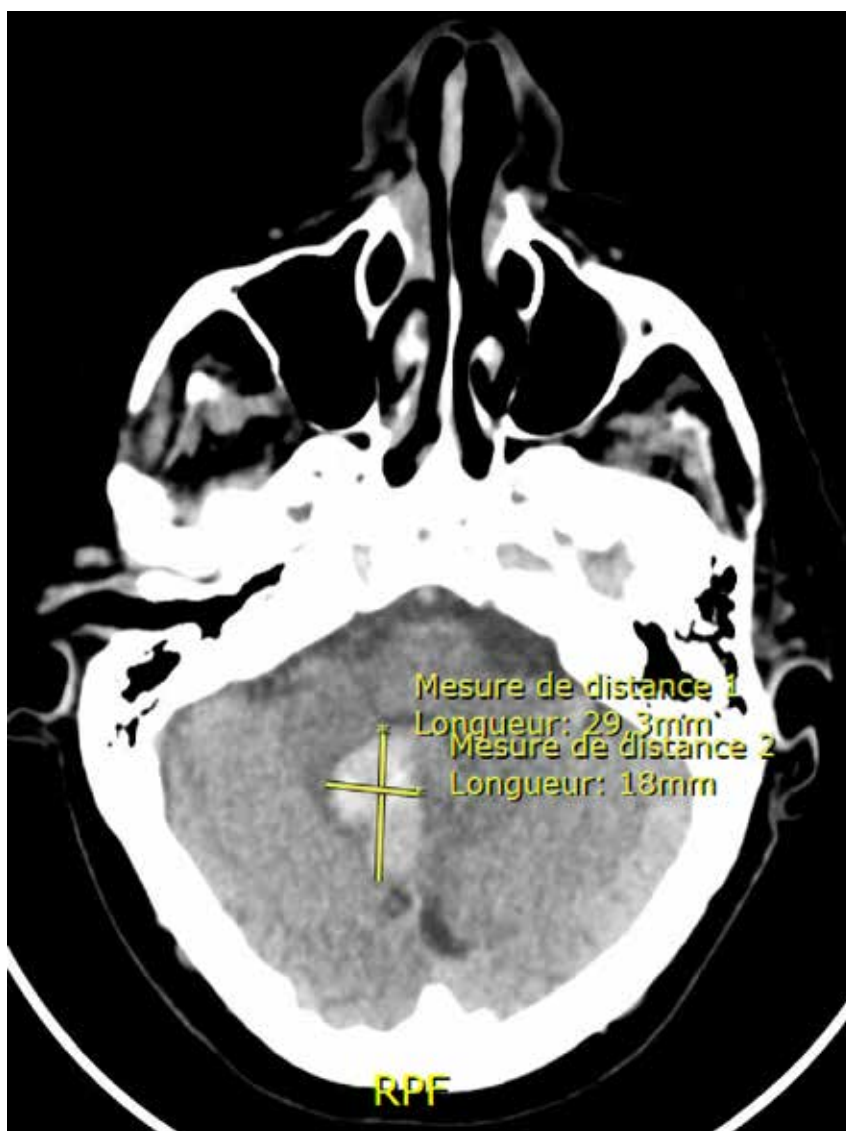
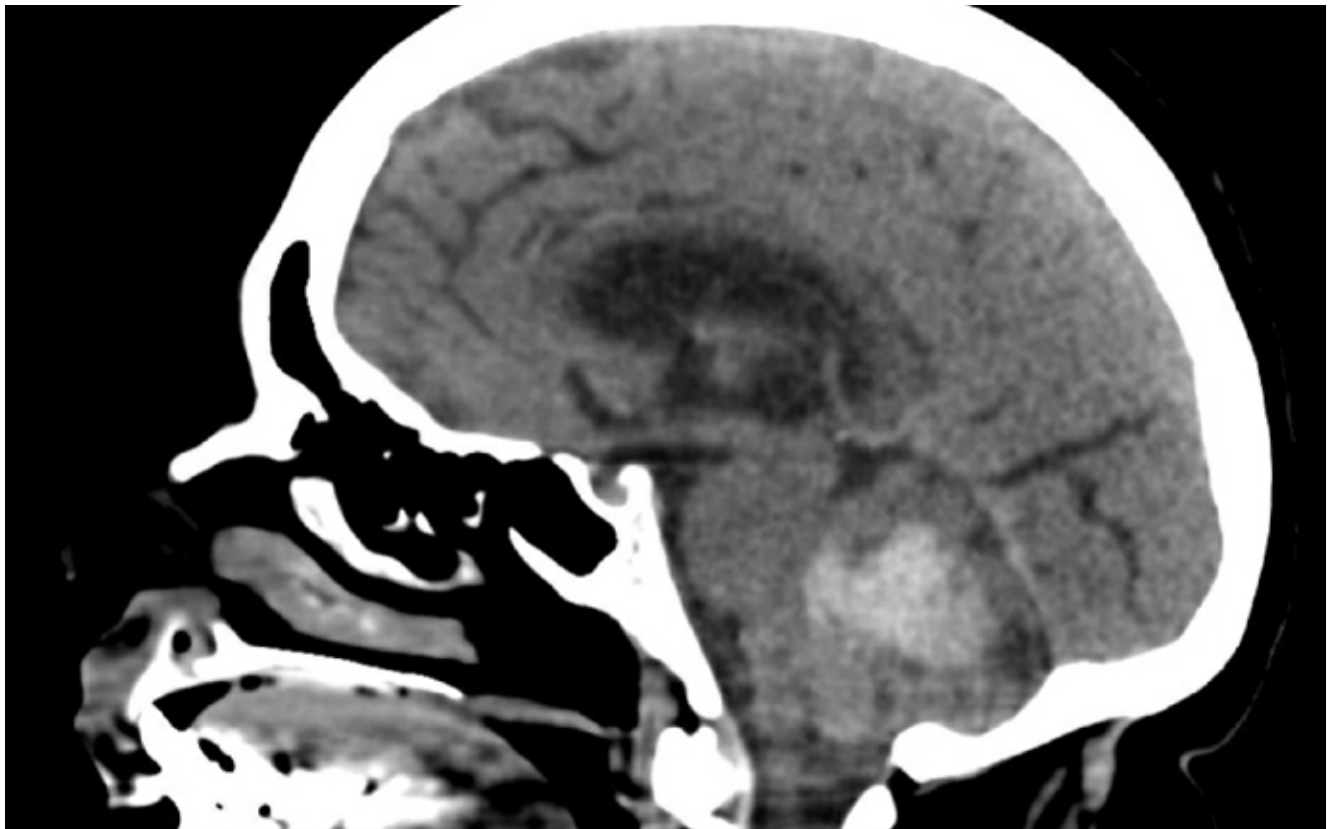
Quel est votre diagnostic ?

25





Mise en évidence d'une hémorragie cérébelleuse (du pédoncule cérébelleux droit) pouvant expliquer toute la symptomatologie de cette patiente.



EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

NEUROLOGIE

Hérmie Discale (HD)

M^{me} V. Gabrielle, âgée de 70 ans, consulte son médecin traitant pour des lombalgies basses; irradiant aux cuisses depuis quelques jours. De plus, depuis ce matin, il y a une vraie impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, avec impossibilité de rester début. Devant ce tableau clinique, vous demandez, en urgence, une IRM de la colonne sacro-lombaire.

Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?





Hernie discale (HD) L4 - L5 paramédiane droite avec sténose et effet de compression sur la racine (L5).



EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

THYROÏDE

Goitre multinodulaire

M. G. Philippe Marcel, âgé de 55 ans, consulte pour un gros goitre depuis quelques mois.

Après l'examen clinique et la palpation, vous avez demandé une échographie thyroïdienne et un scanner de la tête et le cou.

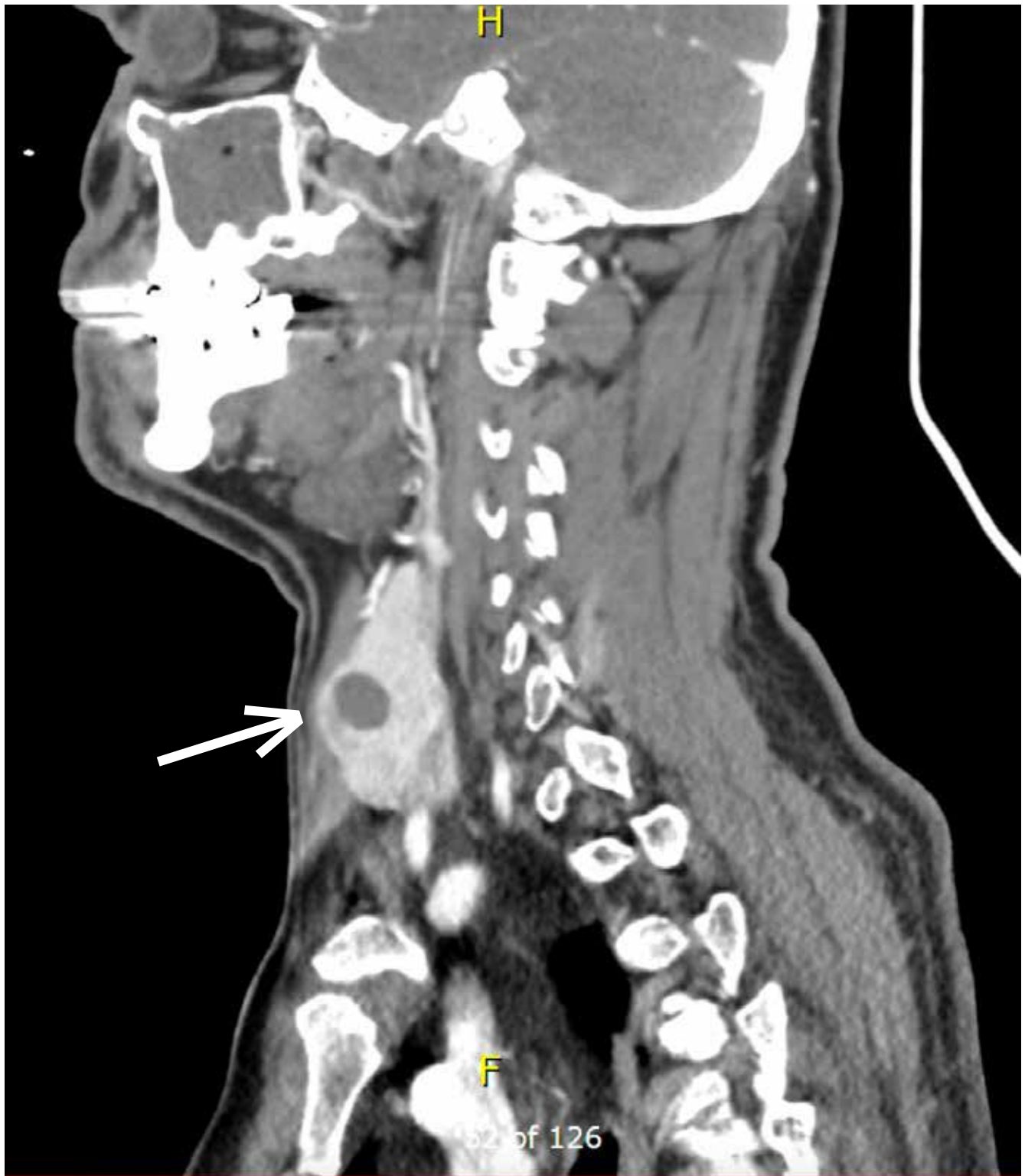
Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?

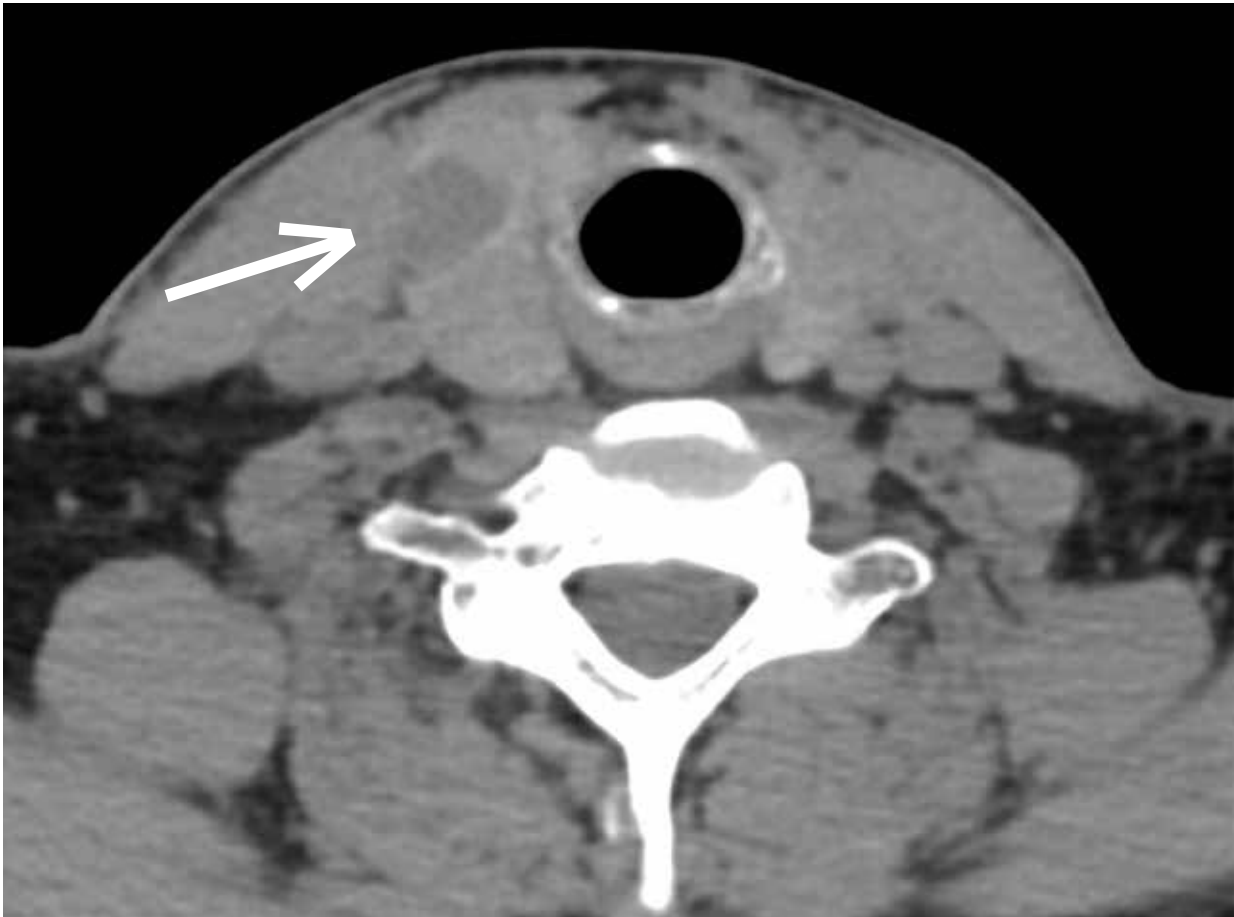




Goitre multinodulaire (lobe gauche).

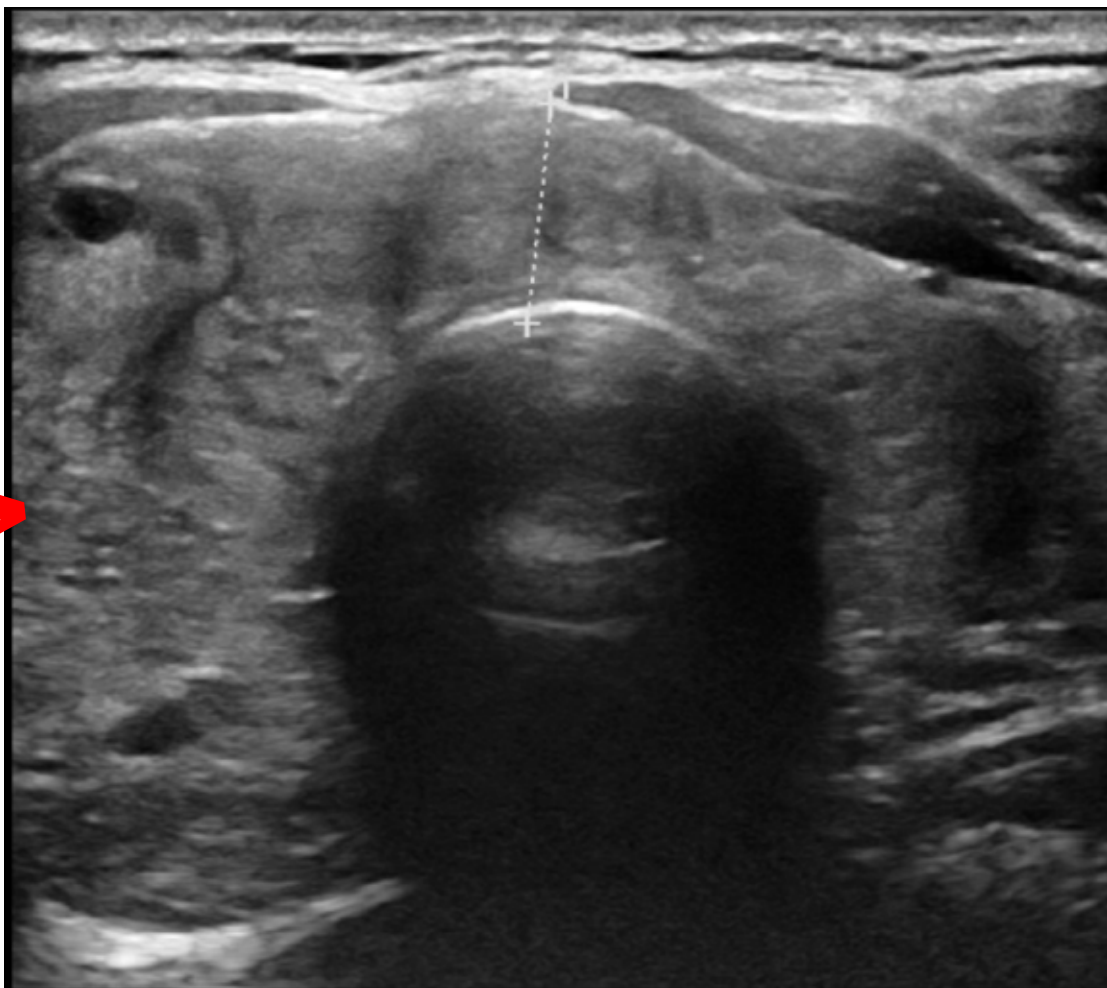


Confirmation d'un goitre multinodulaire sans déformation ni sténose de la trachée. Comme vous pouvez constater, ce goitre n'est pas plongeant.



Coupe axiale au scanner montrant un goitre multinodulaire au dépend du lobe gauche.

37



Échographie thyroïdienne montrant bien un goitre multinodulaire (lobe gauche).
On parle de « goitre » quand le volume estimé est supérieur à 10 cm^3 .

PNEUMOLOGIE

Epanchement pleural

M^{me} R. Marguerite, âgée de 87 ans, hospitalisée pour AVC ischémique et hémiparésie gauche (K-KLINIK : AVC ischémique), présente à son réveil une désaturation à 75 % (sous air ambiant) et une dyspnée légère sans cyanose.

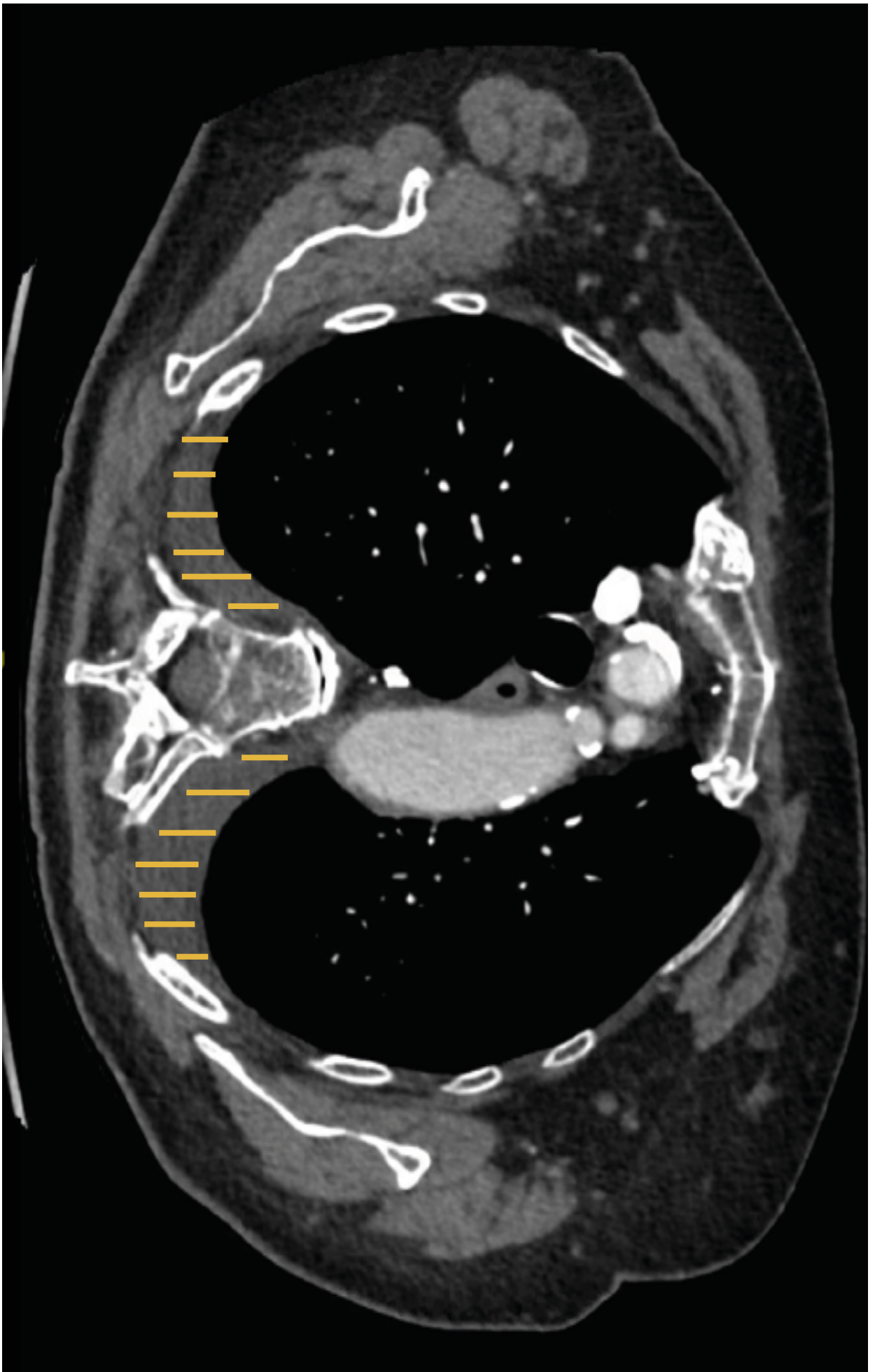
L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de plus.

Vous décidez de faire un angioscanner thoracique.

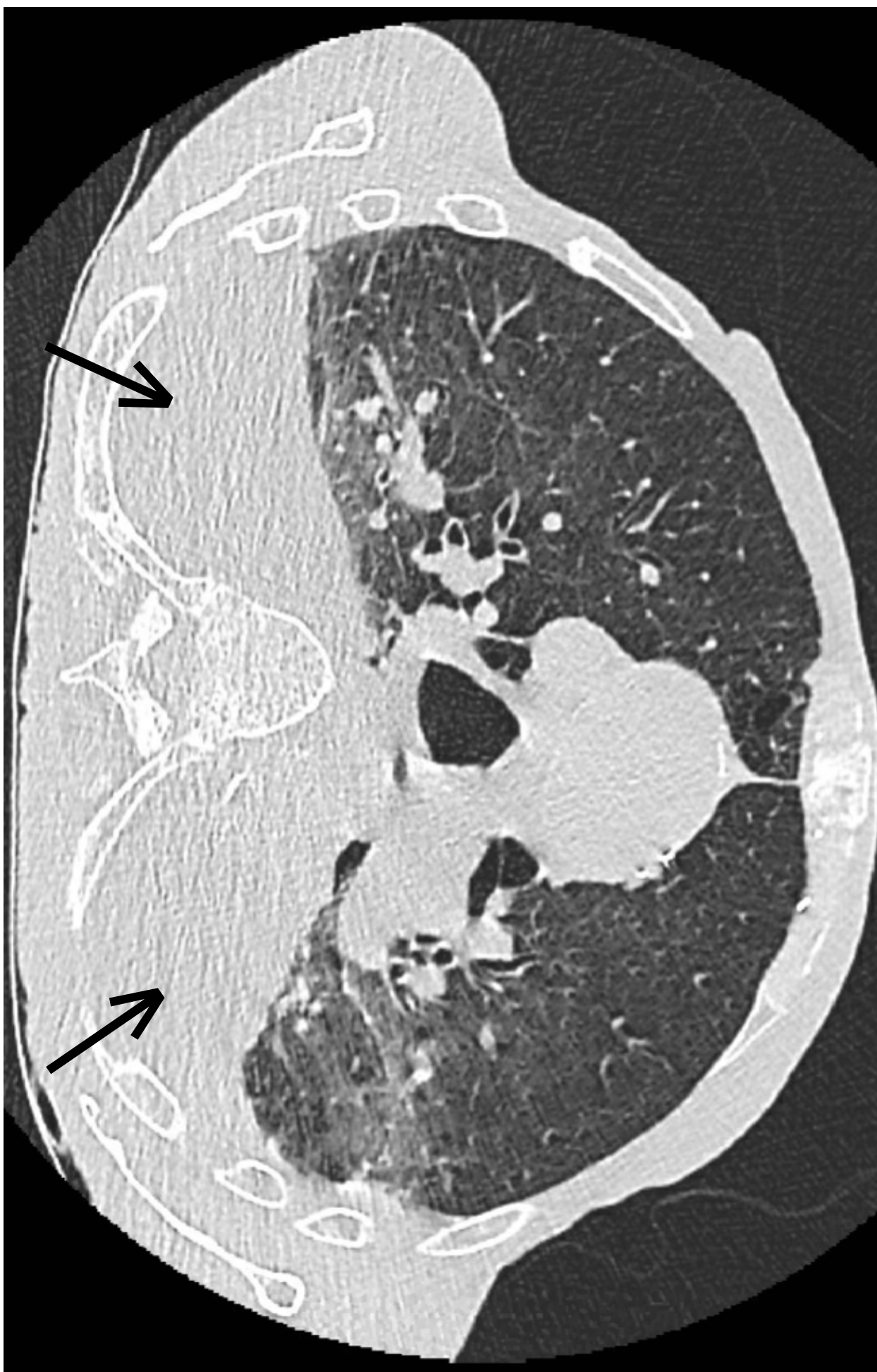
Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?





||| Épanchement pleural bilatéral de faible abondance.



Autres images: (source web) Épanchement pleural bilatéral de grande abondance.

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

PNEUMOLOGIE

Corps étranger

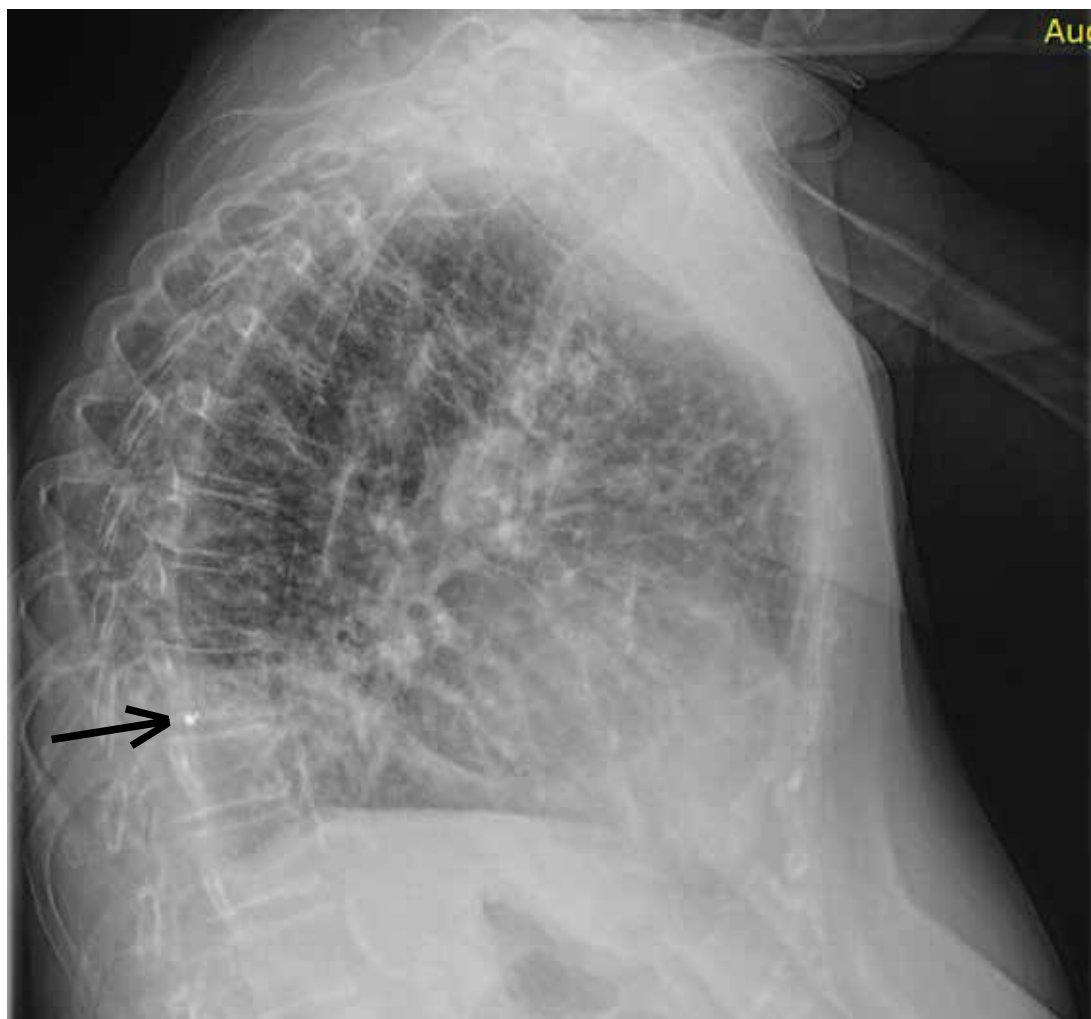
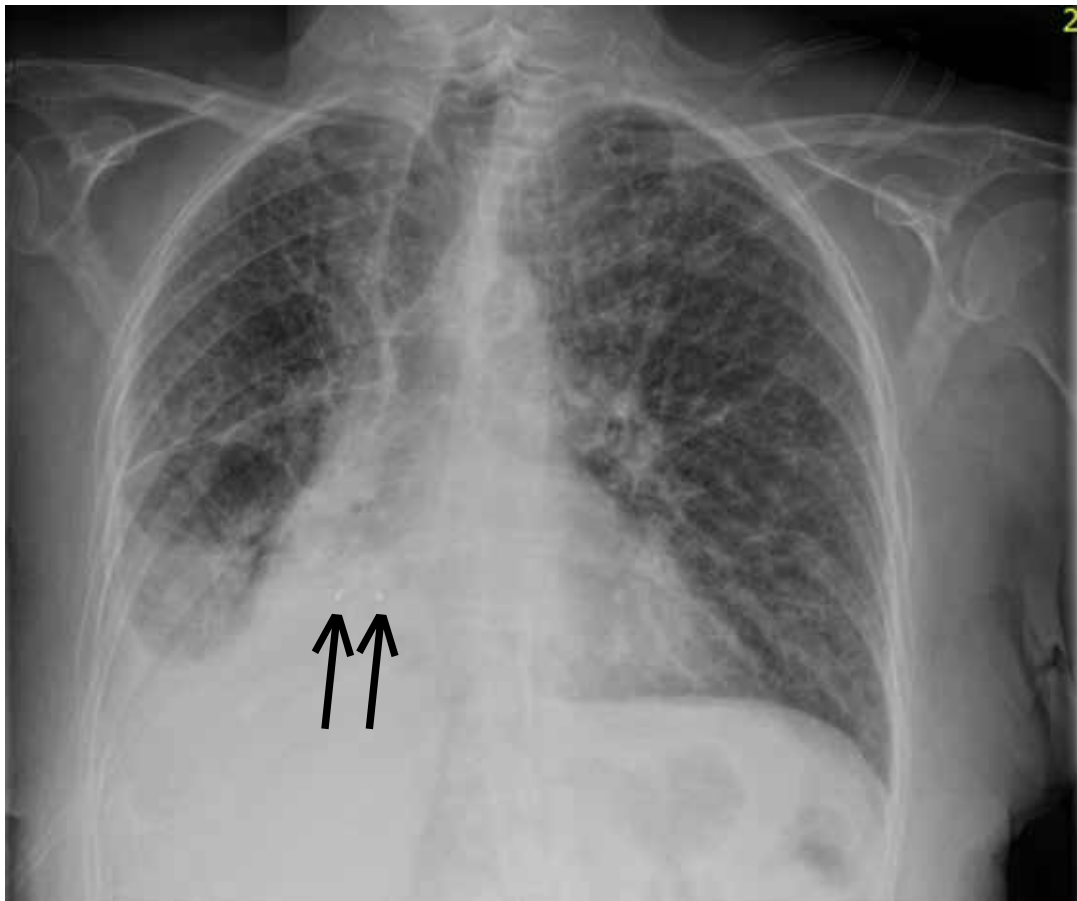
M^{me} G. Maria, âgée de 82 ans, présente une désaturation brutale avec cyanose et tirage, dans un contexte fébrile.

Vous avez demandé une radiographie pulmonaire et un scanner pulmonaire en urgence.

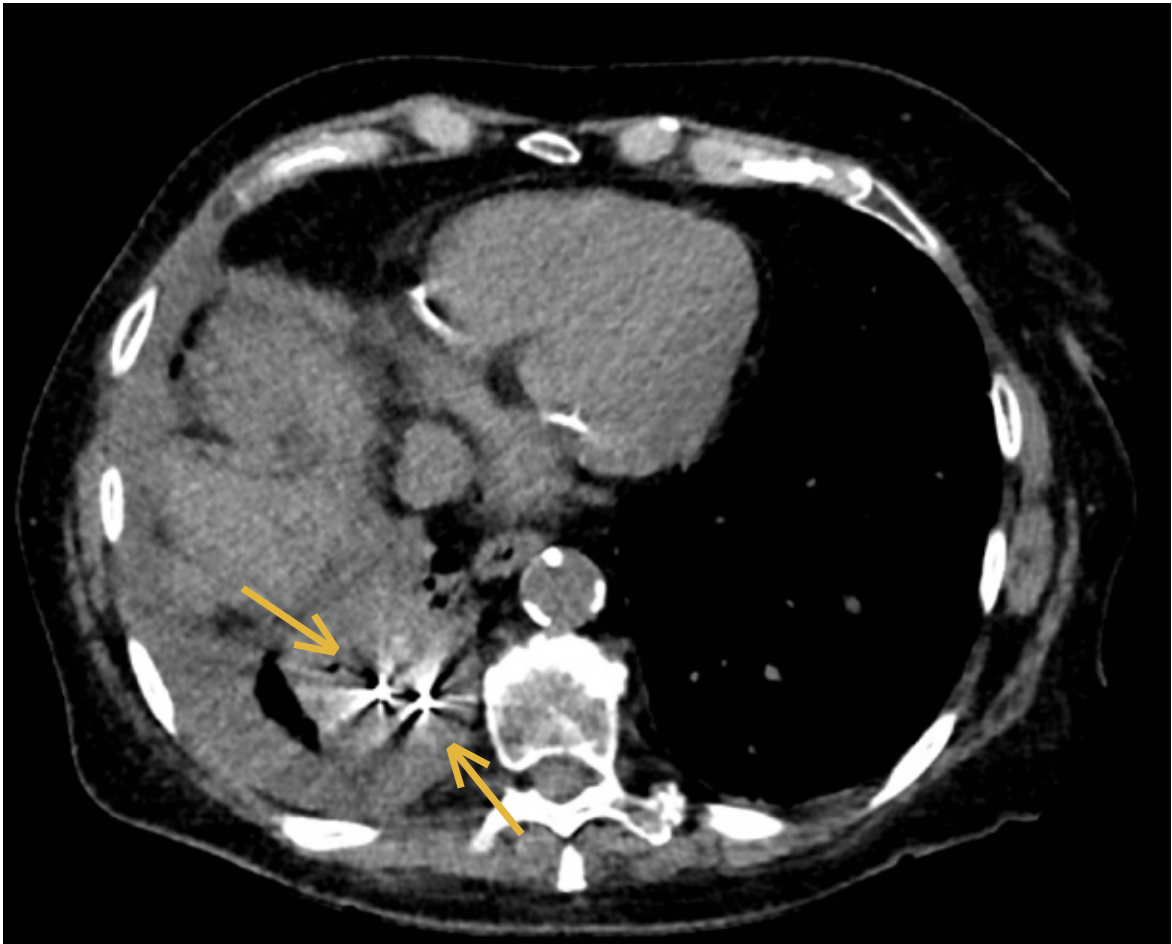
Voici les clichés radiographiques et le scanner pulmonaire.

Détaillez les images .

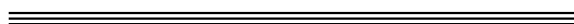




Découverte fortuite de corps étrangers sur les radiographies pulmonaires de face et de profil.



Découverte fortuite, au scanner, de corps étrangers en métal (présence d'artéfacts).



ABDOMEN

Diverticulose

M^{me}. M. Françoise, âgée de 56 ans, se plaint des douleurs chroniques dans la fosse iliaque droite (FID) depuis une petite semaine.

A l'examen clinique :

On retrouve une sensibilité à la palpation profonde dans la FID

Et les constantes sont :

- Température à 38,5 °C
- TA 110 / 75 mmHg
- Pouls 105 / mn

Les examens biologiques montrent :

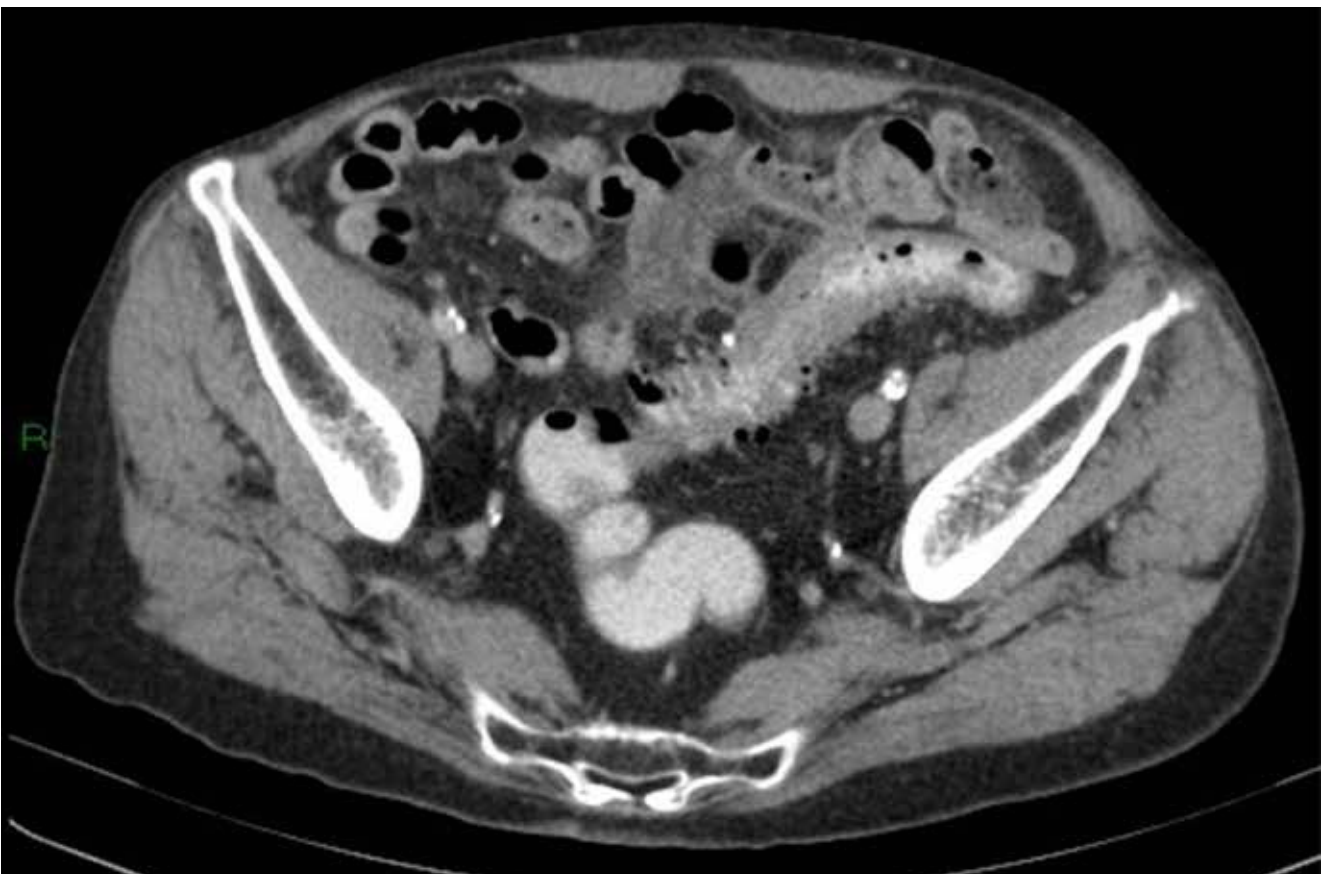
- CRP à 125 mg / l
- GB 12 000 G / l
- Dont 9 550 PNN G / l

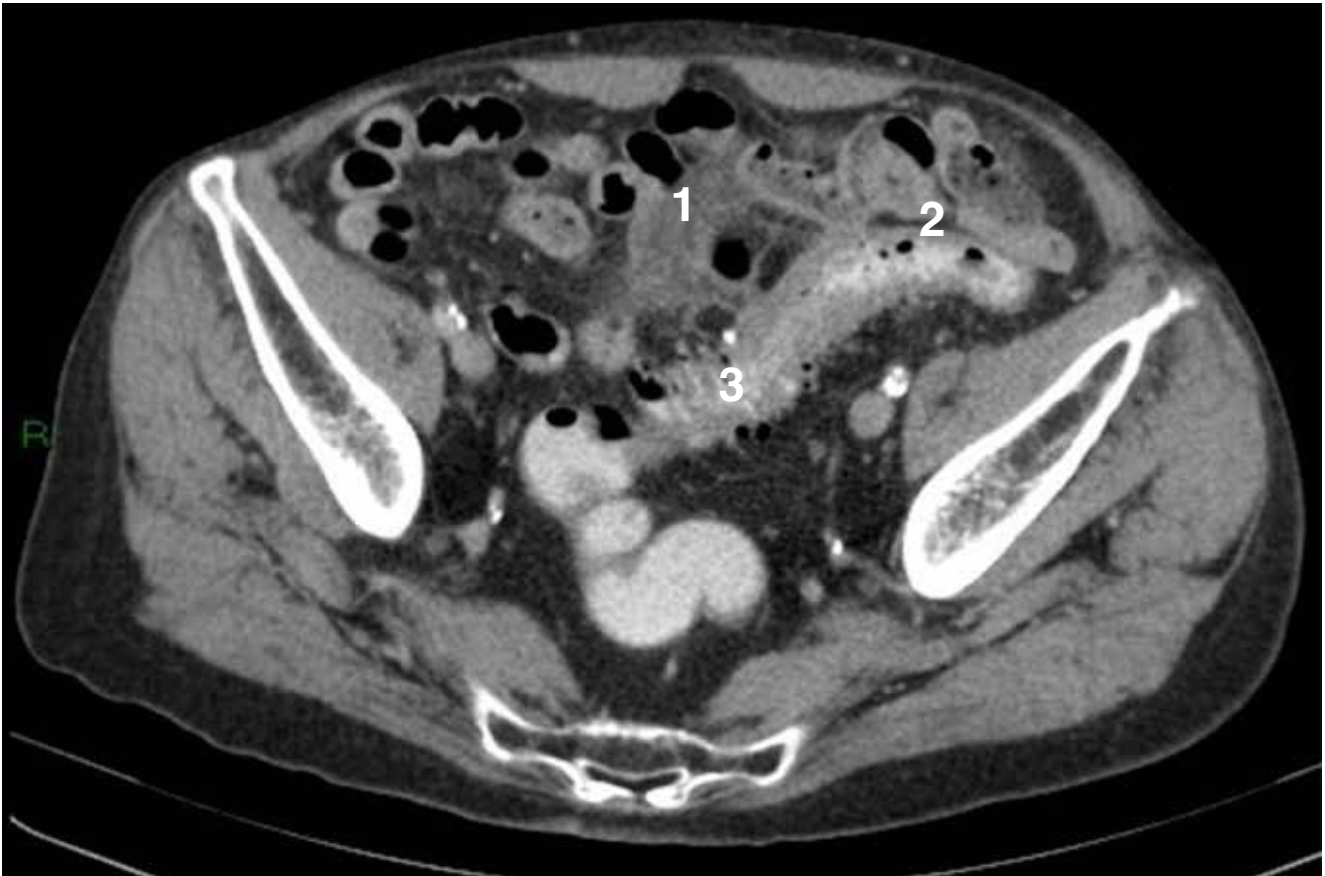
Devant ce tableau clinique et biologique

Vous décidez de faire un scanner abdomino- pelvien avec PdC.

Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?





46

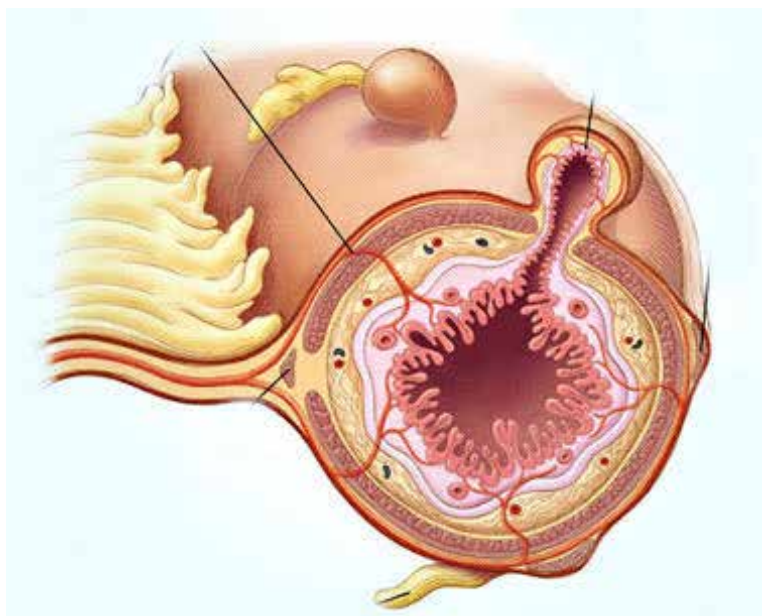
Présence de :

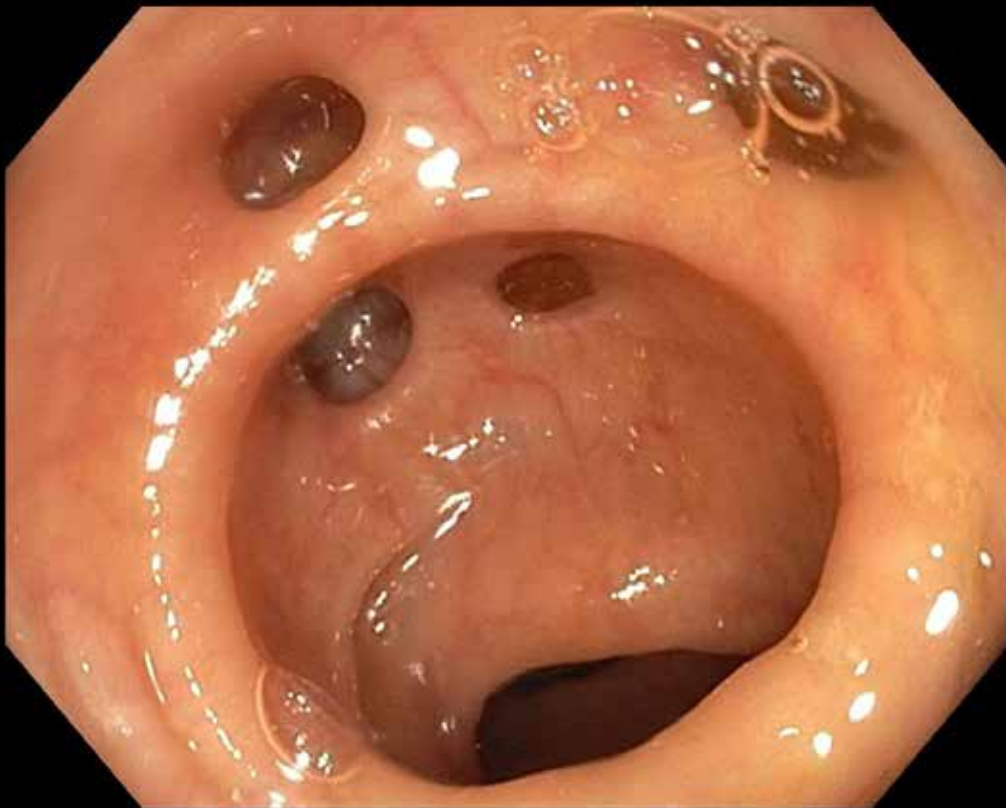
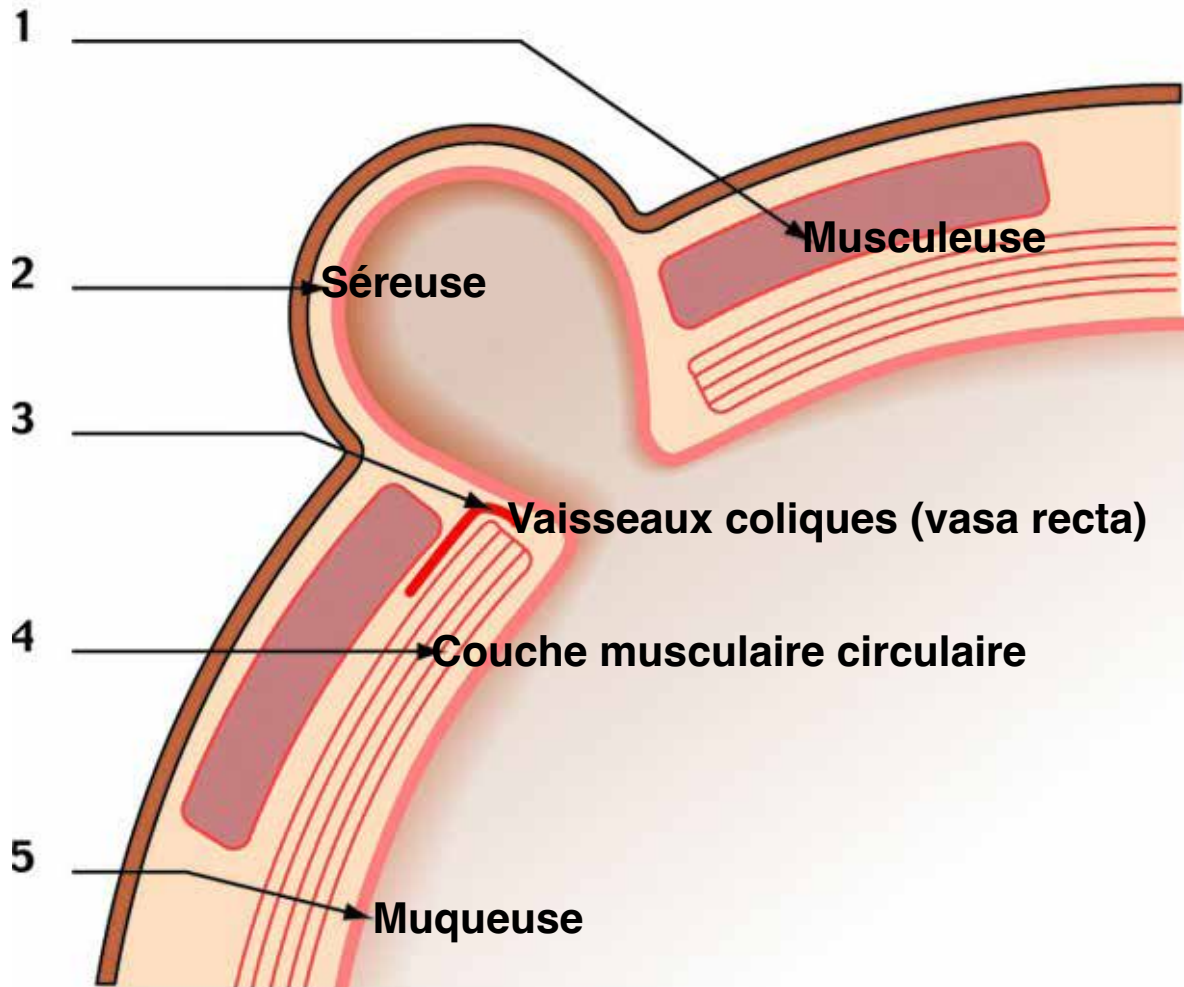
- Infiltration des graisse (1).
- Aspect d'épaissie de la paroi de façon symétrique(2).
- Aspect de la "pile d'assiettes"(3).
- Sans perforation.
- Sans abcès.



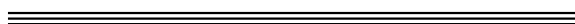
Découverte fortuite d'une diverticulose colique.

Autres images de diverticulose (source web)





Une photo pendant la coloscopie montrant bien la présence de diverticules.



ABDOMEN

Hernie Hiatale

M. D. Jean François, âgé de 79 ans, se plaint de nausées et des quelques vomissements alimentaires itératifs.

De même, il décrit une pesanteur épigastrique après quelques bouchées à chaque repas.

Vous suspectez une Hernie Hiatale (H.H.).

Alors vous demandez un TOGD (Transit ŒsoGastroDuodéal).

Voici quelques clichés.

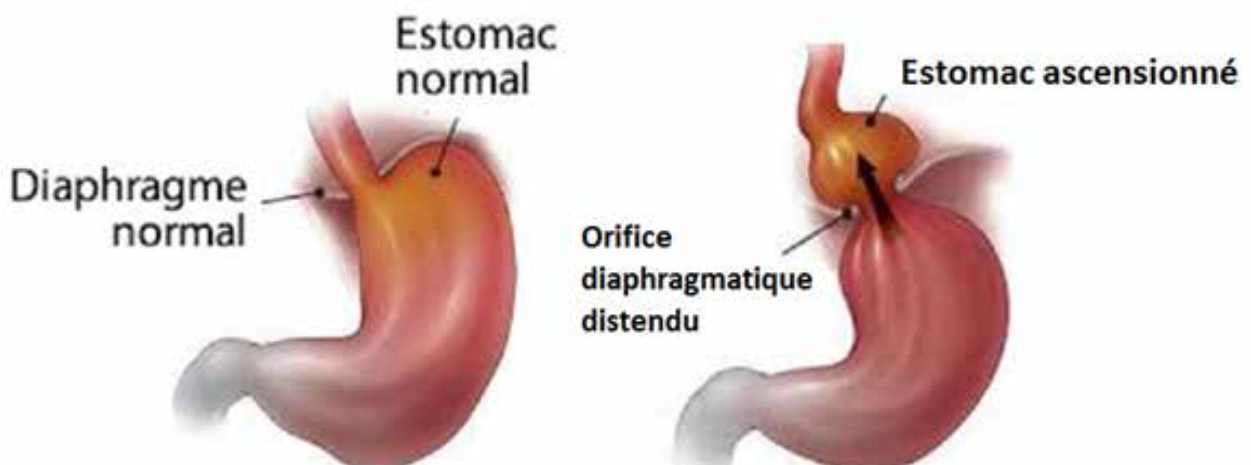
Quel est votre diagnostic ?



Image à t = 0 mn



1 Poche d'air gastrique 2 H.H par glissement 3 Orifice diaphragmatique distendu
ASP (Abdomen Sans Préparation) montre une Hernie Hiatale, probablement par glissement.



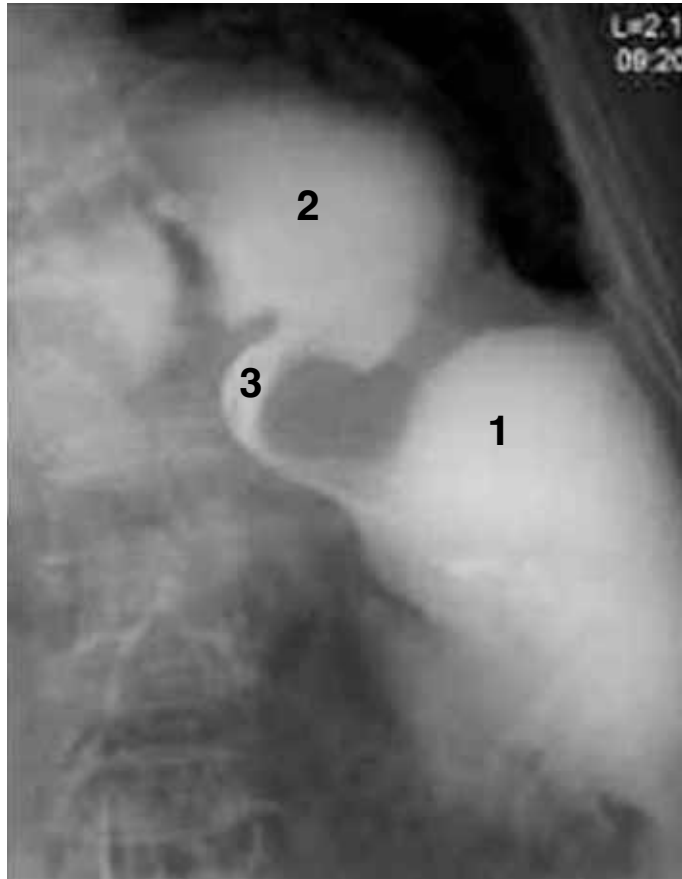


Image à t = 20 mn

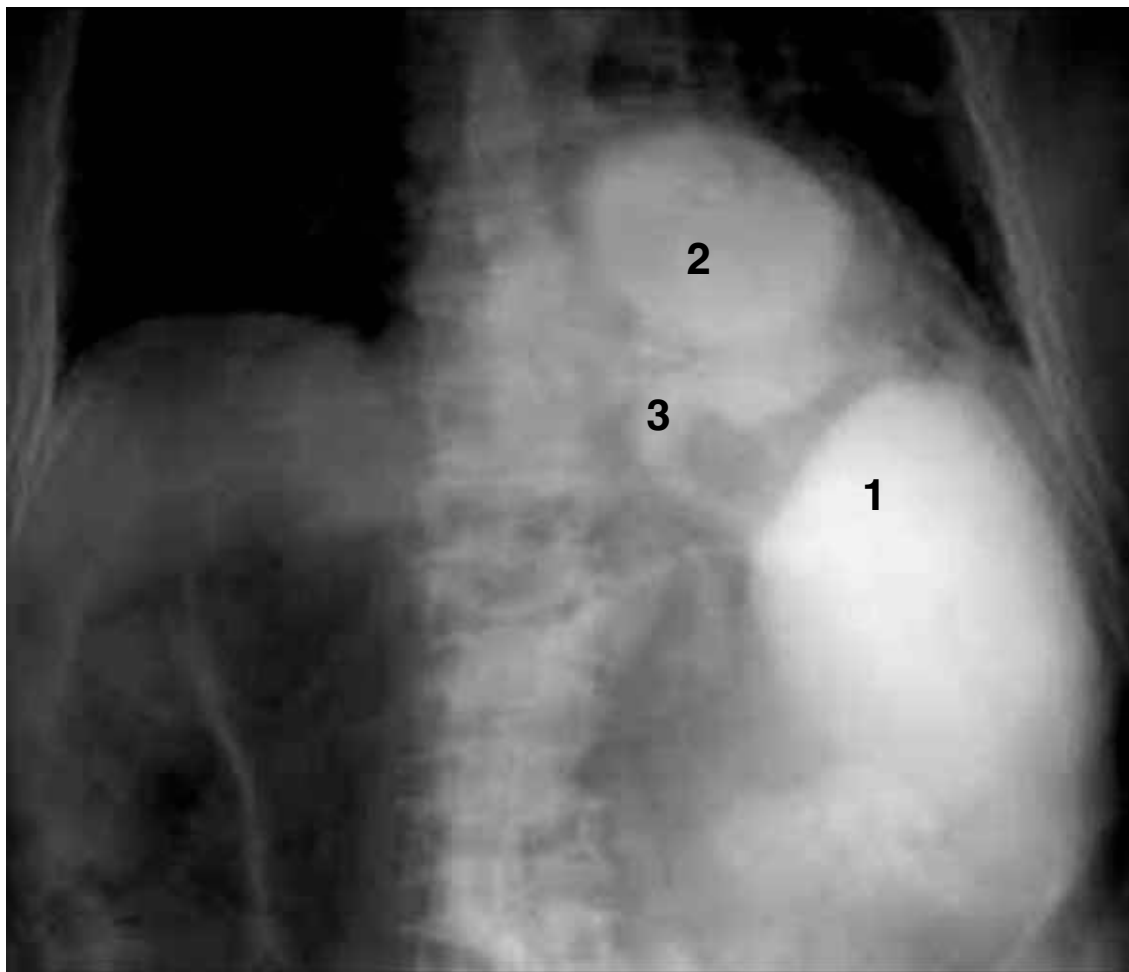


Image à t = 90 mn

Le contenu gastrique (estomac+ poche) est rehaussée par le PdC (Produit de contraste).

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

ABDOMEN

Fécalome / RAU

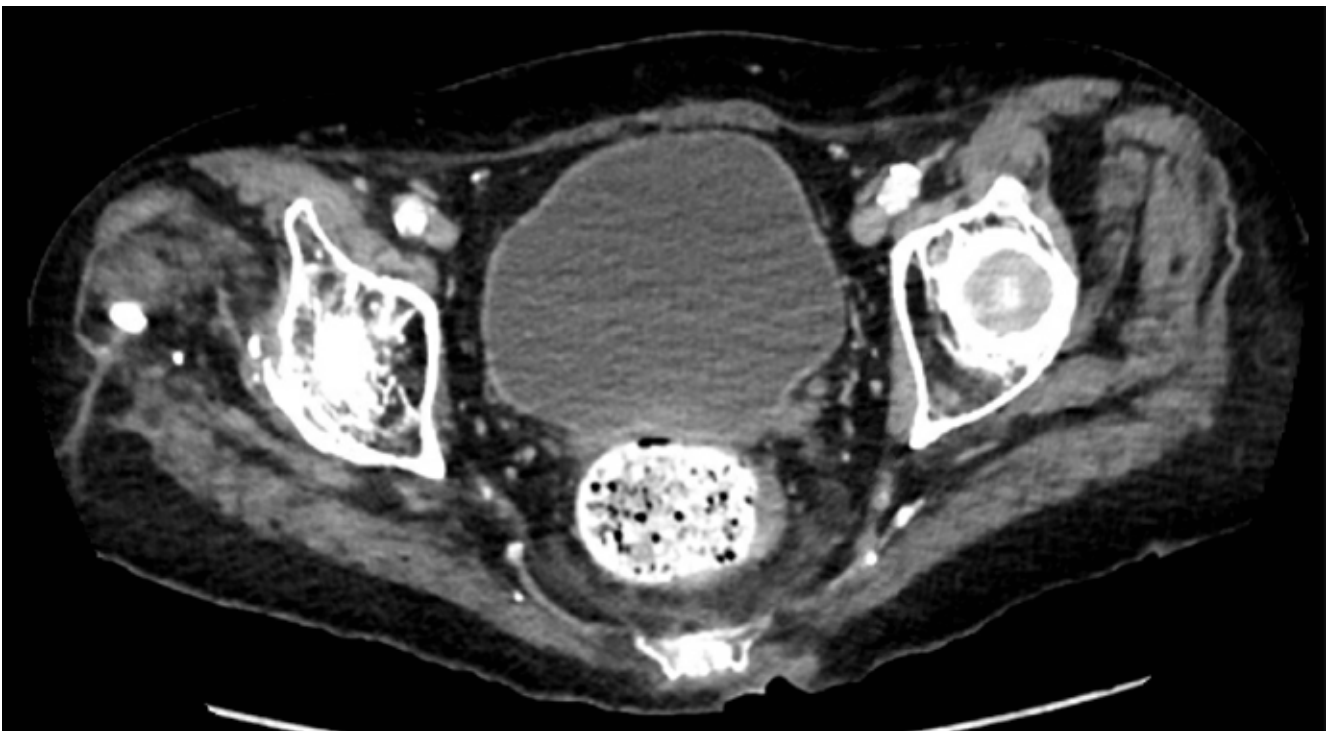
M^{me} A. Jeannette âgée de 92 ans, vient aux urgences pour des douleurs pelviennes, accompagnées des nausées, vomissements et de selles diarrhéiques depuis une semaine.

A l'examen clinique, vous reproduisez les mêmes douleurs, à la palpation abdominale. Le Bladder Scanner montre un Résidu Post-mictionnel (RPM) de plus de 800 ml.

Vous avez demandé un scanner abdomino-pelvien.

Voici une coupe axiale de scanner.

Quel est votre diagnostic ?





1 / Fécalome (rehaussé par le PdC)

2 / Vessie (distendue)

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

ABDOMEN

Kystes hépatiques

M. A. Nicolas, âgé de 82 ans, vient vous voir par un Ictère depuis quelques jours. En effet, son entourage lui dit qu'il est « jaune » et doit consulter un médecin.

1- Devant ce tableau clinique, quels examens biologiques demandez-vous ?

Voici le bilan sanguin que vous avez demandé :

Bilirubine totale	3,1 mg / dl
Bilirubine conjuguée	2,2 mg / dl
γ GT	325 UI / l
ASAT	89 UI / l
ALAT	92 UI / l
PA	425 UI / l (30 - 125)
LDH	4230 UI / l (120 -246)
Albuminémie	32 g / l
INR (TP)	1,152

2- Quel bilan radiologiques demandez-vous ?



1- Devant ce tableau clinique, quels examens biologiques demandez-vous ?

Devant un tableau clinique d'ictère ; on demande les examens biologiques suivants :

- Bilirubine totale
- Bilirubine conjuguée
- Protéine du sang
- γ FP (alpha-feto-proteine)
- PA
- LDH
- INR (TP)
- α GT
- ASAT

- ALAT
- Lipasémie
- LDH
- Albuminémie

2- Quel bilan radiologiques demandez-vous ?

Les examens radiologiques à demander devant un ictère clinique, sont :

- ASP
- Echographie hépatique
- IRM hépatique ou bili -IRM
- Scanner abdominal à jeun
- Echo endoscopie
- Cholangiographie rétrograde



→ Kystes hépatiques de grande taille.

La découverte de ces kystes est fortuite et ne peut, en aucun cas, expliquer tous les symptômes décrits dans ce cas clinique (il faut continuer à chercher une autre étiologie !).

ORTHOPEDIE

Fracture complexe du bras droit

M^{me} S. Pari, âgée de 92 ans, a fait une très mauvaise chute dans sa salle de bain, le bras droit est complètement déformé et impotent.

Vous avez demandé des clichés radiologiques des deux bras.

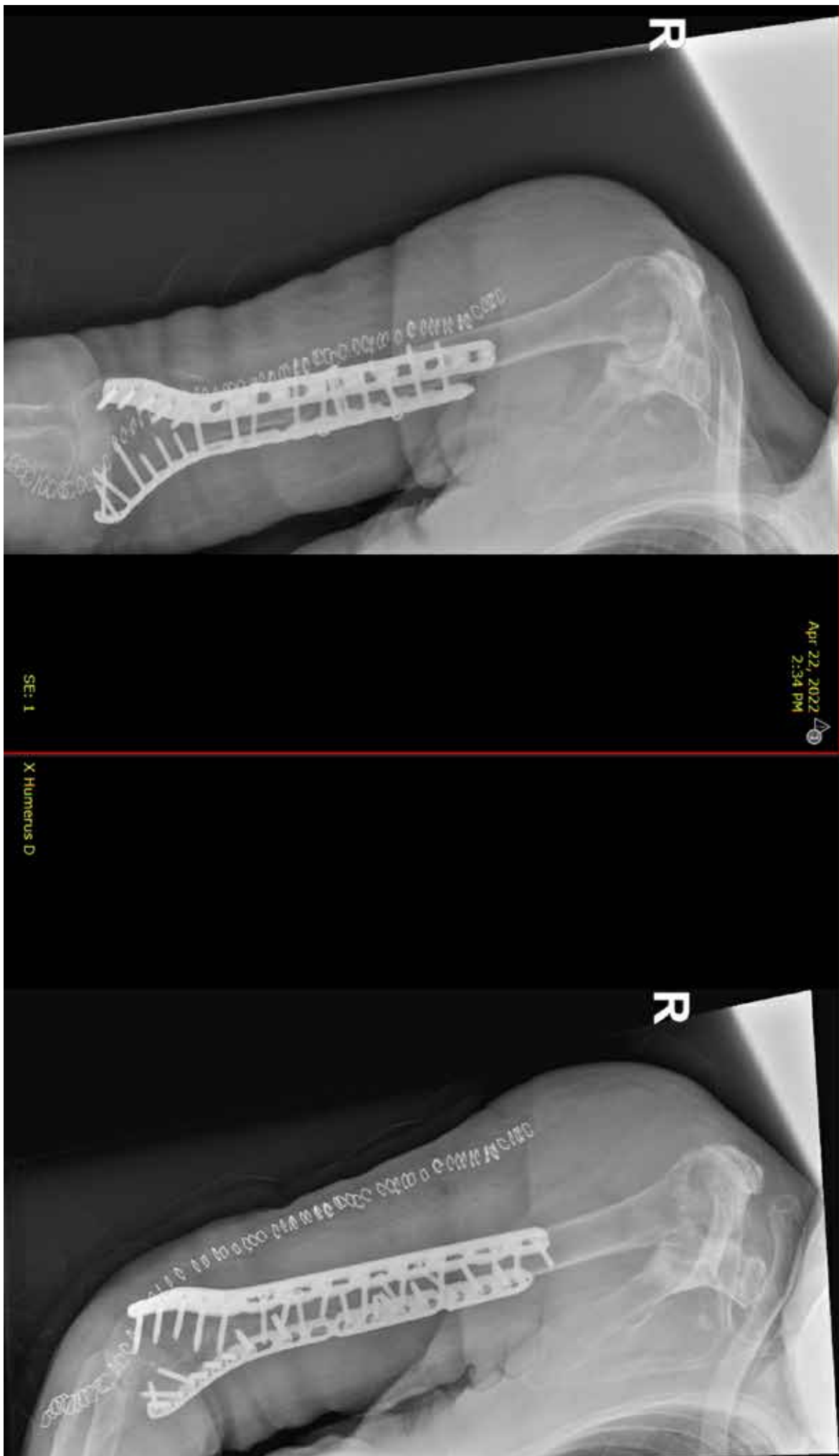
Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?





Fractures multiples, et complexes de l'humérus droit .



Réduction des fractures multiples et complexes par ostéosynthèse

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

ORTHOPEDIE

Matériel "à la peau"

M^{me} G. Marguerite, âgée de 93 ans, est hospitalisée pour des hurlements et cris dans un contexte de syndrome démentiel sévère, très évolué .

Mais, néanmoins, vous remarquez que ceci peut être la cause d'une douleur et surtout les cris et les hurlements !

Voici une photo.







Manifestement, le matériel implanté, pour réduire la fracture de l'épaule droite, ne tient plus en place, et commence à attaquer le plan cutané.
Ce qui peut provoquer des douleurs intenses, qui se manifestent par des hurlements et des cris, chez un sujet dément.

ORTHOPEDIE

PTH et luxation de la hanche

M. S. Fernand, âgé de 88 ans, consulte pour douleurs chroniques de sa hanche gauche et une boiterie récente. Depuis peu, il utilise une canne du côté gauche pour soulager les douleurs.

Vous avez demandé des clichés radiologiques de ses hanches et de son bassin.

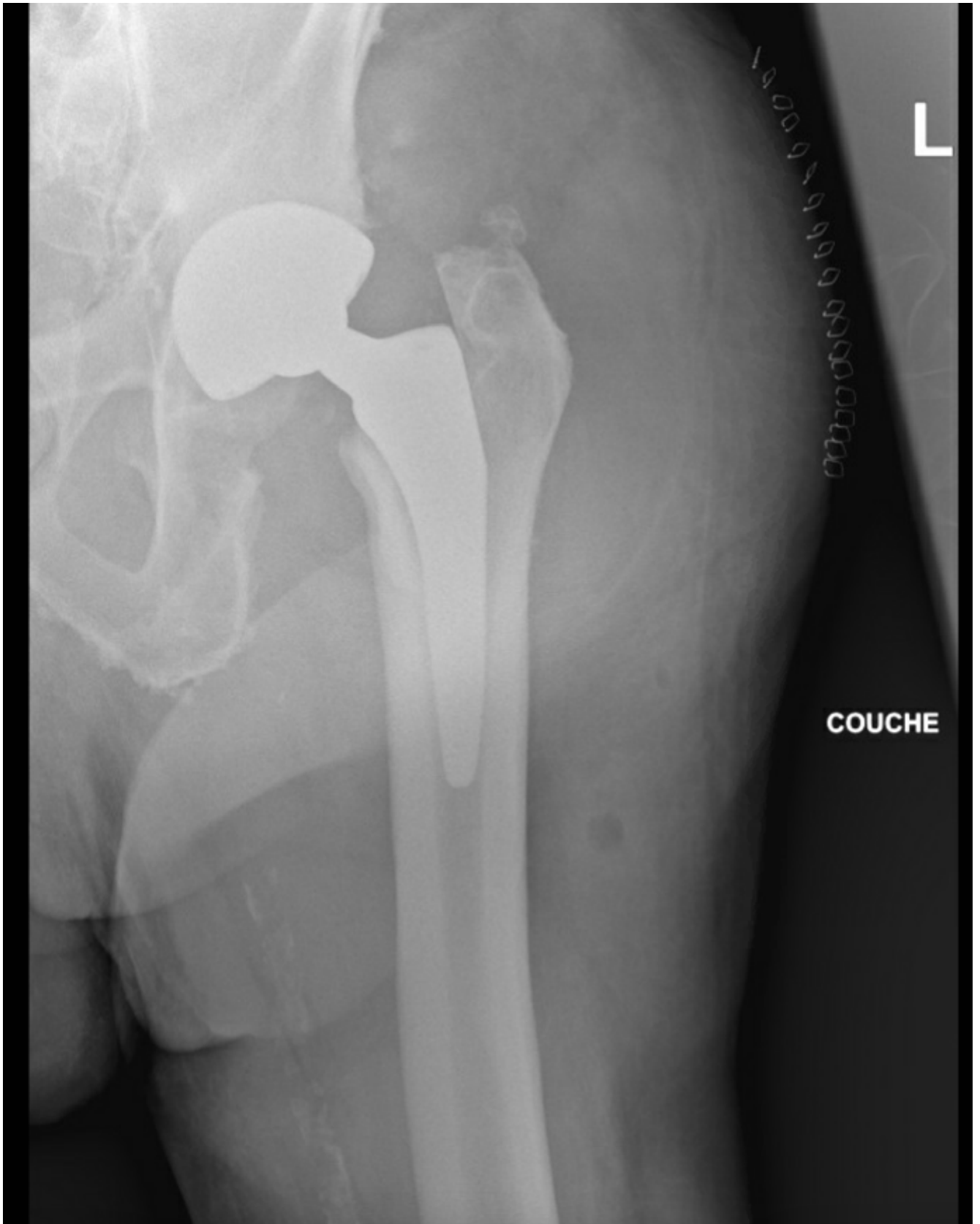
Voici la radiographie du bassin en « charge ».

Quel est votre diagnostic ?





Coxarthrose évoluée avec nécrose de la tête fémorale gauche nécessitant une PTH.



PTH gauche en place.

Ce patient a été transféré en rééducation pour PTH gauche.

A J11, il fait une très mauvais chute, en allant aux WC.

Vous avez à l'examen clinique :

- Une rotation externe du membre inférieur gauche
- Un raccourcissement important
- Une impotence totale

Vous avez demandé une série de radiographies du bassin et des hanches.

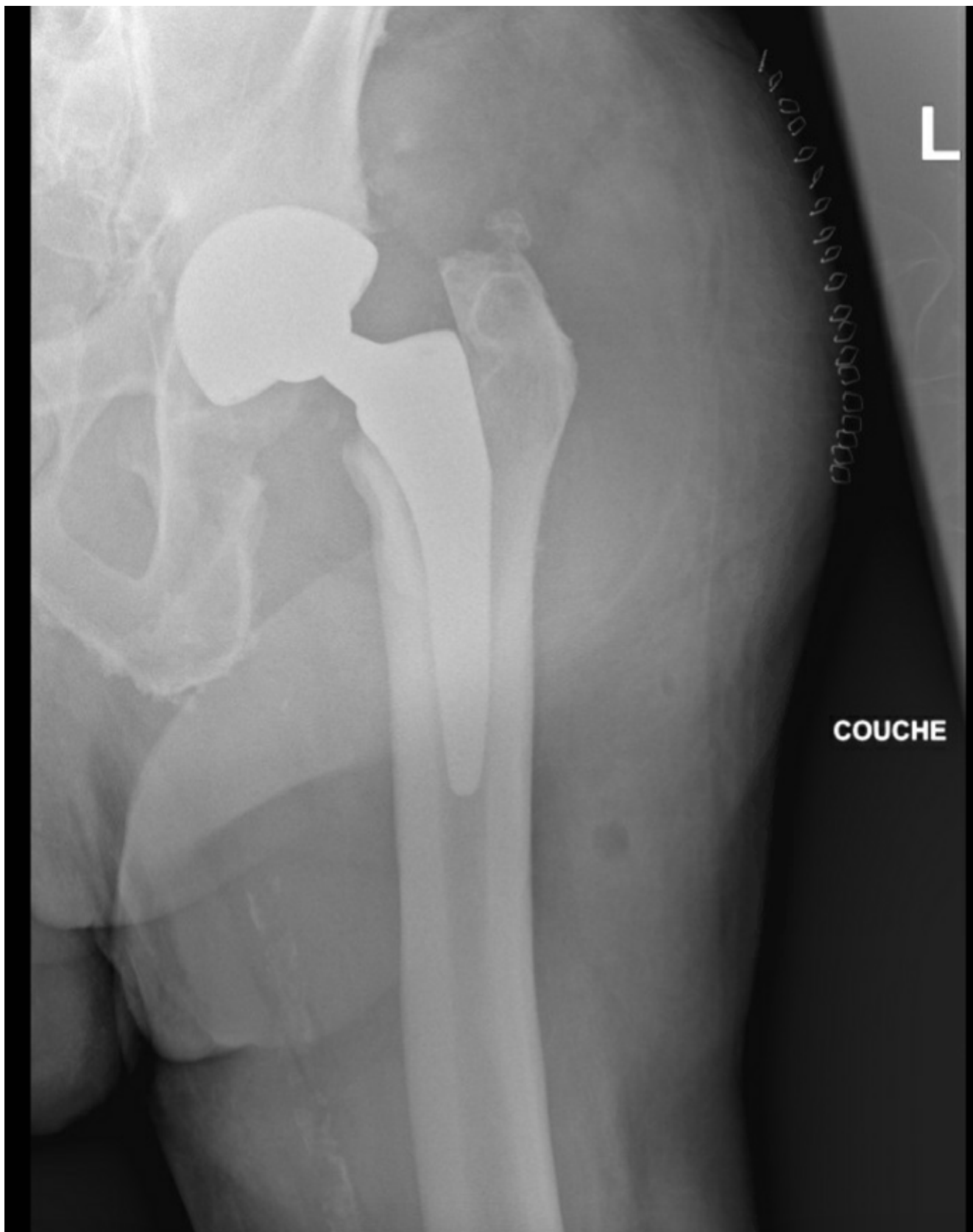
Voici le cliché de la hanche gauche.

Quelle est votre diagnostic ?

68



Luxation de la PTH gauche, sans fracture associée.



Radiographie de contrôle :
Luxation de la PTH gauche parfaitement réduite sous AG.

ORTHOPEDIE

Fracture fémorale

M^{me} N. Marie-Antoinette, âgée de 87 ans, vivant à domicile avec des aides, a été adressée aux urgences pour maintien à domicile quasi impossible.

Lors de votre examen clinique ; vous remarquez un gros genou droit et une impotence quasi-totale.

Devant ce tableau clinique vous demandez des clichés radiologiques.

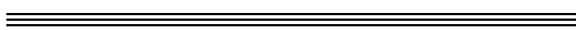
Voici la radiographie du fémur droit.

Quel est votre diagnostic ?





Fracture sous prothétique franche et nette, en baïonnette, nécessitant une nouvelle ostéosynthèse (cerclage).



EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

ORTHOPEDIE

Orteil

M^{me} T. Ginna, âgée de 86 ans, vous montre son pied droit avec un gros hématome en regard de IV^{ème} orteil, dans le doute, vous demandez une radiographie des deux pieds.

Voici le cliché du pied droit.

Quel est votre diagnostic ?





Fracture engrenée du IV^{ème} métatarse droit (1)

A noter :

Fracture ancienne (consolidée) du II^{ème} métatarse (2)

Et

Fracture avec ostéosynthèse du I^{er} orteil (3)

PARTIES MOLLES

Collection

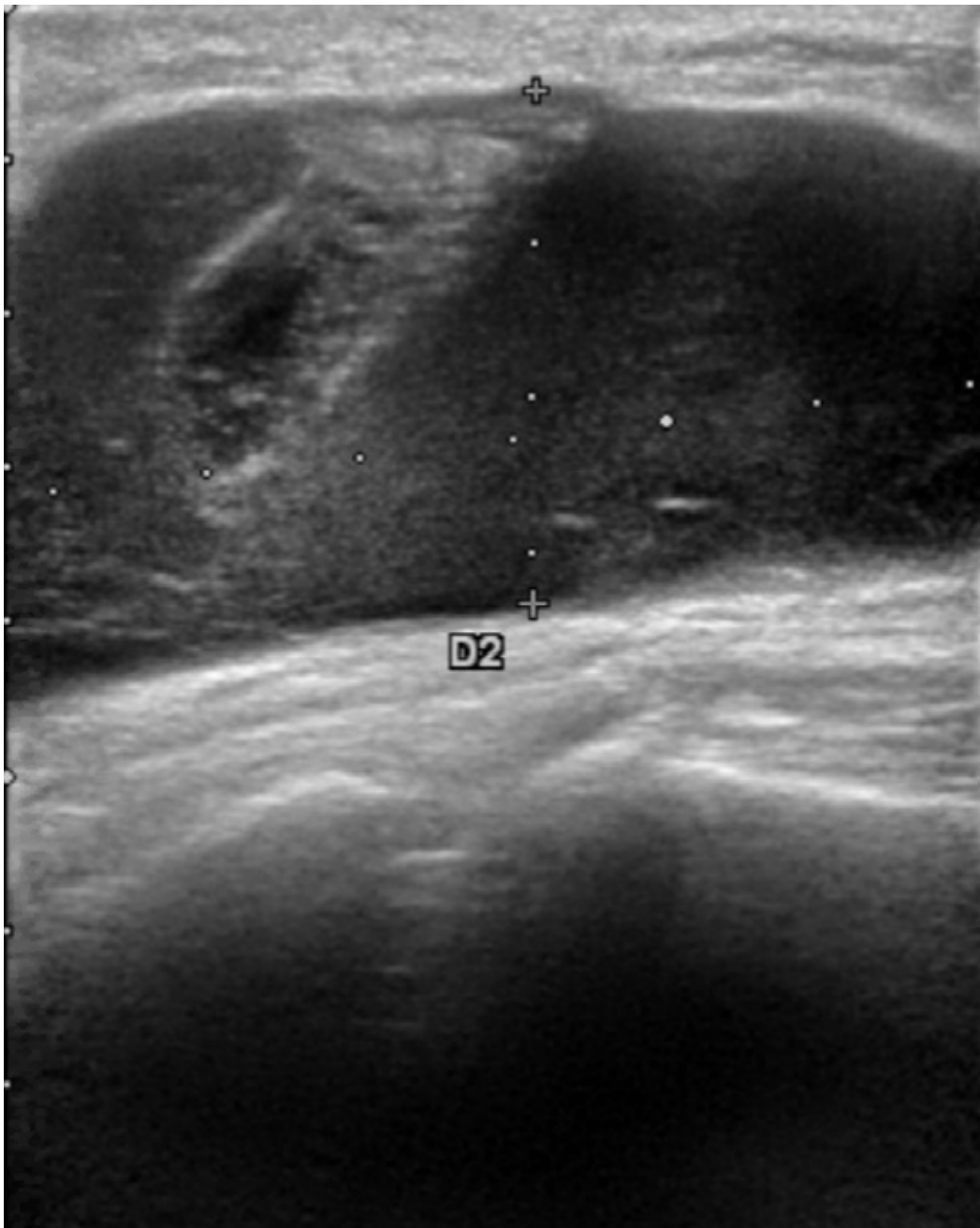
M^{me} W. Félicie, âgée de 91 ans, admise pour rééducation, en vue d'un retour à domicile, présente ce jour :

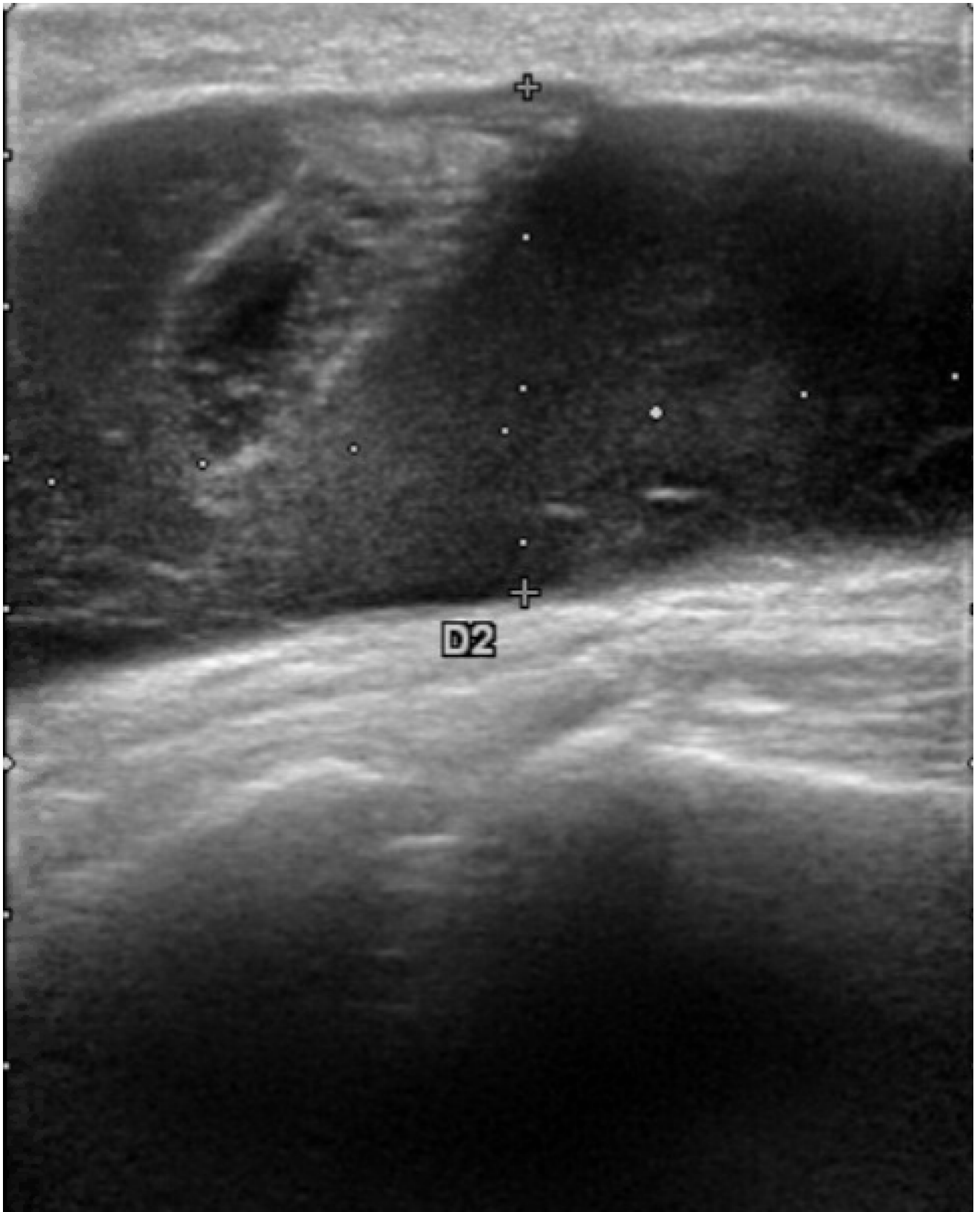
Une masse palpable de plusieurs centimètres, au niveau du mollet gauche.

Vous suspectez une thrombose, alors ,vous avez demandé une écho-doppler des membres inférieures.

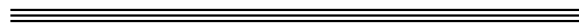
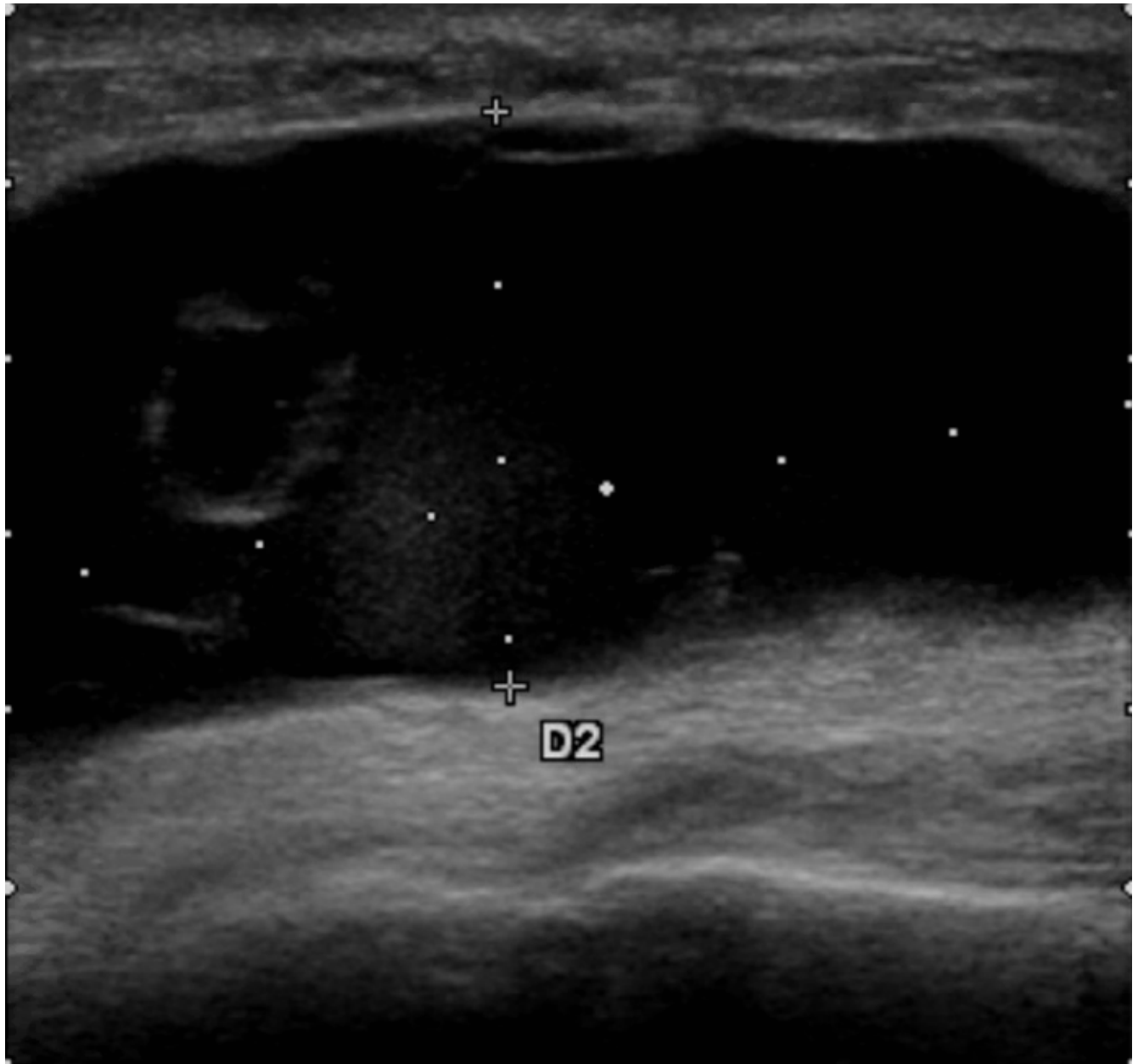
Voici une echographie de la zone en question.

Quel est votre diagnostic ?





Volumineuse collection sérohémattique de 9 cm de long, 3 cm d'épaisseur, sous-tension.



EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

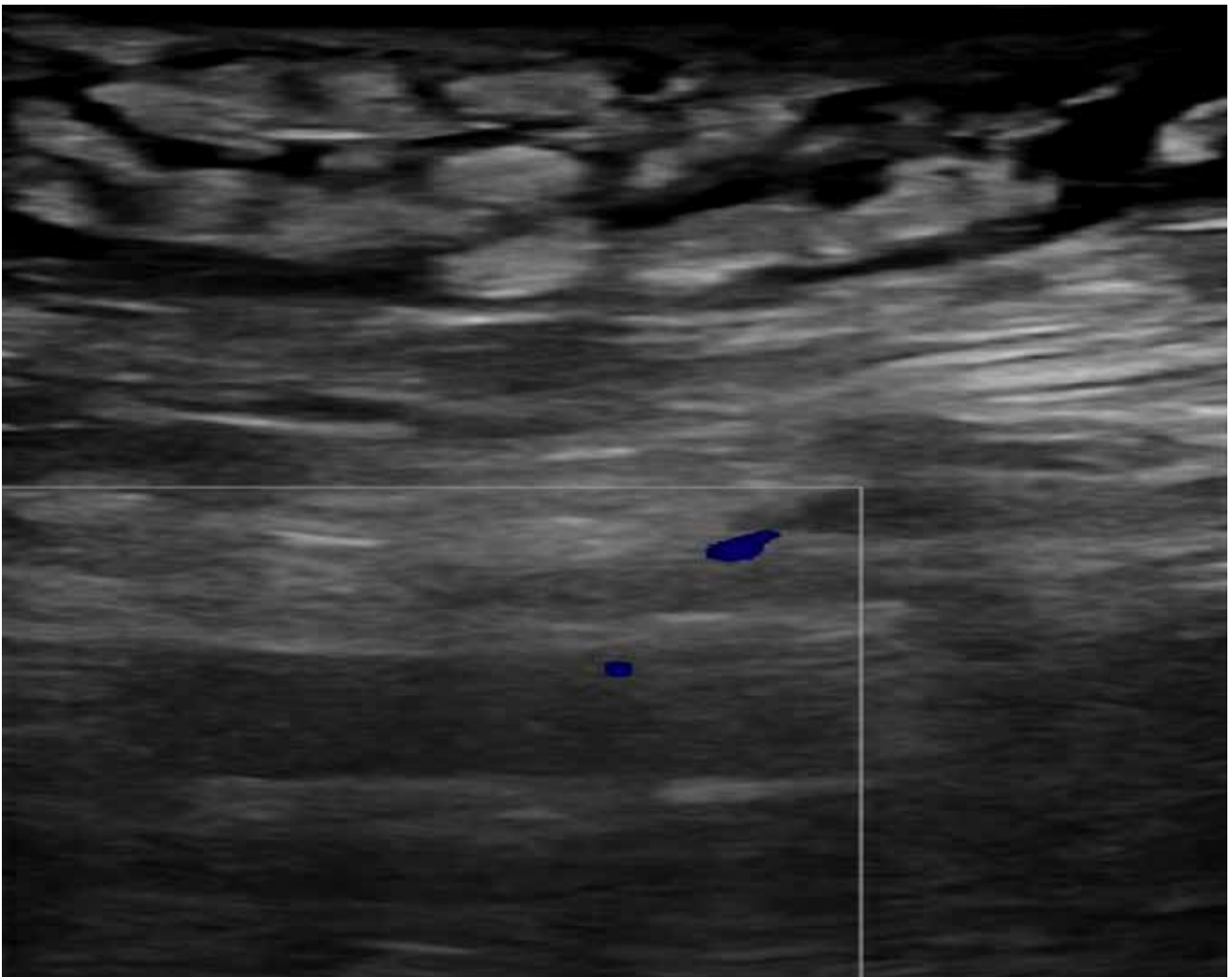
PARTIES MOLLES

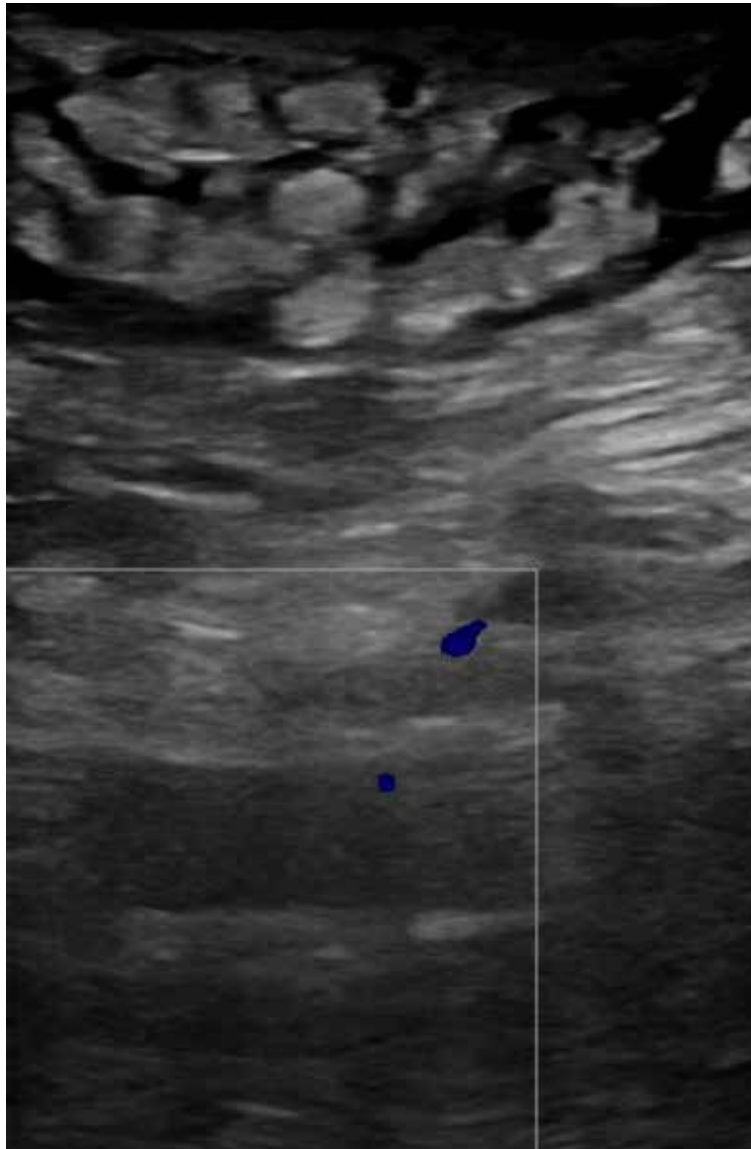
Lymphhe œdème

M^{me} W. Suzanne Charlotte, âgée de 82 ans, admise pour rééducation, en vue d'un retour à domicile, présente ce jour, des œdèmes des membres inférieures (OMI) bilatéraux.

Vous avez demandé une échographie – Doppler des membres inférieures.

Voici une image d'Écho-Doppler.





Il existe un lymphœdème sous-cutané très important de toute le mollet.



VALEURS DE REFERENCES

	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 / mn / 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	mg / dl
		1,6-2,6 < 20 ans	mg / dl
Phosphore _(adulte)		2,4 - 4,4	mg / dl
Hémostase-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
Vitamines			
Vitamine D :		< 30 ng / ml	
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.	< 170	< 300	U / l
Totale			
C.K.	< 3.2	< 4.5	ng / ml
MB Massique			
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
Parathormone (PTH ₍₁₋₈₄₎)		6,5 - 36,8	pg / ml
Marqueurs tumoraux			
PSA		< 4.00	ng / ml

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB

EMPLACEMENT PUBLICITAIRE

NON ACCESSIBLE VERSION WEB