

REANIMATION MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Les 2 sujets sont à traiter

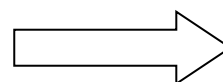
Sujet :n°1

Monsieur H, âgé de 50 ans, est adressé aux urgences par son médecin traitant pour prise en charge d'une altération de l'état général associée à des vomissements importants et un syndrome confusionnel. Dans ses antécédents on note essentiellement un cancer gastrique révélée par une carcinose péritonéale il y a quelques mois, traité par chimiothérapie (capécitabine : Xéloda®), arrêtée il y a deux mois pour intolérance neurologique.

L'histoire actuelle a débuté il y a cinq jours par l'apparition de vomissements, d'une agitation traitée par loxapine (Loxapac®) et halopéridol (Haldol®), puis d'un syndrome confusionnel et d'une altération de l'état général.

À l'admission aux urgences, la pression artérielle est à 110/70 mmHg, la fréquence cardiaque à 100/min, la température à 37,2 C, la SpO₂ à 100%. Les extrémités sont chaudes, il n'y a pas de marbrures mais un pli cutané. L'examen neurologique ne met pas en évidence de signe de localisation, ni de syndrome méningé : par contre, il objective une agitation importante et une confusion. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Le bilan biologique sanguin montre : glucose 4,5 mmol/L ; Na 130 mmol/L ; K 1,9 mmol/L ; Cl 53 mmol/L ; urée 41 mmol/L ; créatinine 356 µmol/L ; pH 7,54 ; PaCO₂ 57 mmHg ; PaO₂ 78 mmHg ; bicarbonates 48 mmol/L ; protéines totales 82 g/L ; albumine 47 g/L ; leucocytes 25 500/mm³ ; hématies 5 Millions /mm³ ; Hb 15,7 g/dL ; hématocrite 47 % ; plaquettes 361 000/mm³.



Question n° 1

Décrivez les anomalies biologiques présentes.

Question n° 2

En fonction des éléments cliniques et biologiques, quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Précisez les mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces troubles métaboliques

Question n° 3

Deux heures après son admission, le patient présente brutalement une perte de connaissance associée à un épisode d'inefficacité circulatoire transitoire. Quelle est la cause la plus probable de cette perte de connaissance ? Quel examen réalisez-vous en urgence et quelles sont les informations que vous en attendez ?

Question n° 4

Décrivez votre prise en charge thérapeutique (incluant la surveillance) des 6 premières heures.

Question n° 5

Deux jours plus tard, l'état du patient s'est stabilisé ; la fonction rénale s'est améliorée mais l'état neurologique demeure préoccupant, alternant entre prostration et agitation, le patient présente une fièvre à 38°C, une tachycardie à 102/min, une fréquence respiratoire à 32/min et une désaturation avec une SaO₂ à 88% en air ambiant. Quels sont les deux diagnostics à évoquer en priorité ?

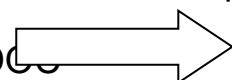
Question n° 6

La radiographie thoracique est de qualité très médiocre et n'apporte pas d'information supplémentaire. Dans ce contexte, quels sont les 3 examens les plus utiles pour le diagnostic de cette complication ?

SUJET N° 2

Vous êtes appelé au service d'accueil des urgences pour un homme de 57 ans obèse, fumeur actif suivi en pneumologie pour BPCO.

Il consulte pour une hémoptysie survenue le matin, peu abondante associée à une douleur basi-thoracique gauche depuis la veille persistante sous Paracétamol. Il n'a pas eu de traumatisme. La température est à 38,2°C, la TA à 120/80, la fréquence cardiaque à



150/minute et la SpO2 à 90% en air ambiant. L'auscultation pulmonaire objective une diminution du murmure vésiculaire et quelques crépitations en base gauche

Question n° 1

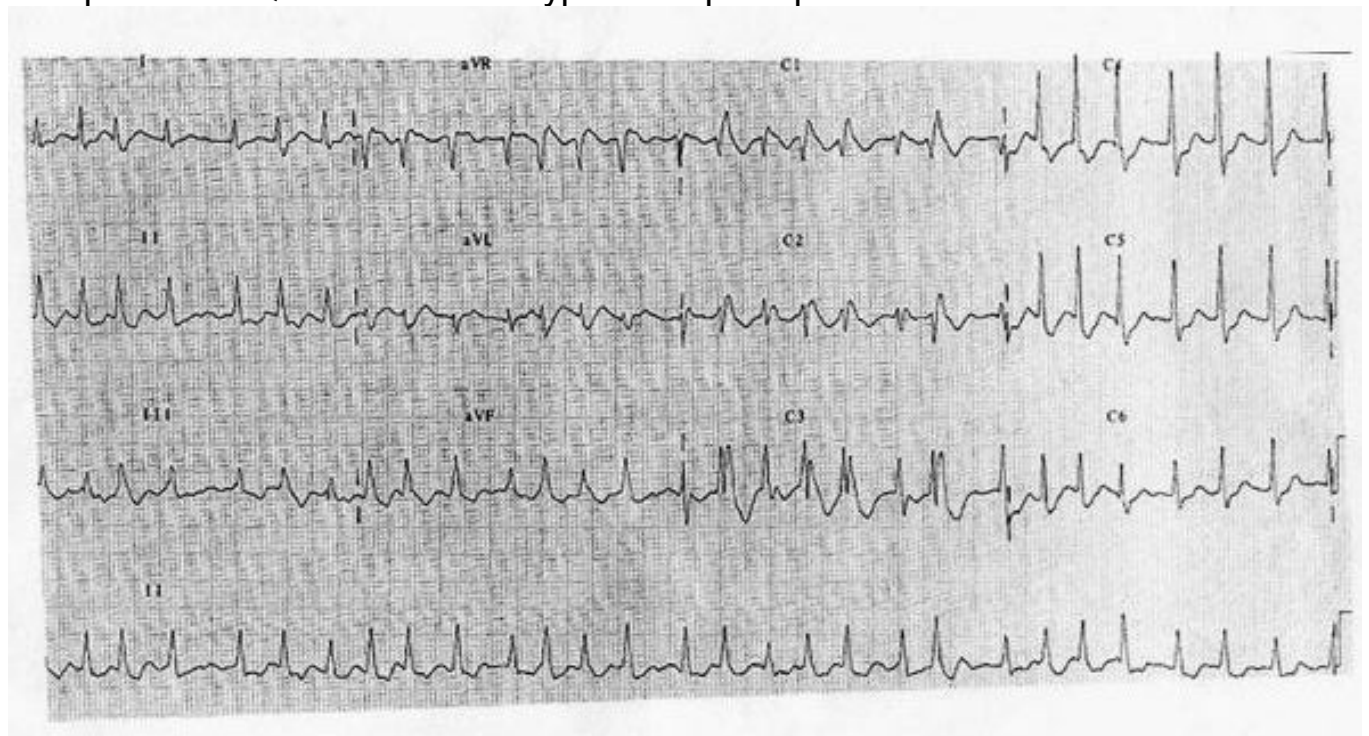
Énoncez les 3 hypothèses étiologiques pouvant expliquer l'association de ces symptômes.

Question n° 2

Les DDimères sont à 4987, la CRP à 20, la troponine et le BNP normaux. Le reste du bilan biologique est sans particularité. La valeur des DDimères vous oriente-t-elle plus particulièrement vers l'une de ces hypothèses ? Justifiez votre réponse.

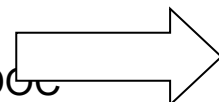
Question n° 3

L'ECG est le suivant. QRS à 147 ms, fréquence cardiaque à 150/minute. Interprétez-le. Quelle est votre hypothèse principale ?



Question n° 4

Le patient dit avoir présenté un œdème de Quincke à la suite d'une urographie intraveineuse réalisée dans l'enfance. Le patient est cliniquement stable, vous décidez de réaliser un autre examen d'imagerie pour vous aider dans votre démarche diagnostique. L'image



présentée ci-dessous est recueillie au niveau du 1/3 moyen de la cuisse gauche. Quel est cet examen ? comment interprétez vous cette image ?



Question n° 5

Devant l'absence d'indication formelle à une admission en réanimation, vous vous apprêtez à quitter le service des urgences lorsque l'urgentiste vous rappelle car la situation clinique du patient se dégrade brutalement. A l'examen la TA est à 60/30 mmHg, polypnée à 35/min, le pouls est filant, et le score de Glasgow à 7. Le scanner étant indisponible et ce pour une durée indéterminée, vous décidez d'un examen essentiel à réaliser dans ce contexte. Lequel ? que recherchez vous ?

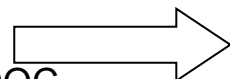
Question n° 6

Votre diagnostic est confirmé et l'état de gravité du patient persiste inchangé. Quels sont les traitements que vous devez impérativement mettre en place ?

Question n° 7

Le patient est rapidement intubé et transféré en réanimation. Il reste hypotendu et hypoxémique avec une SpO₂ à 90%. Un cathéter veineux central et un monitoring par Picco sont mis en place. Le bilan hémodynamique (FiO₂ 100%, PEP 4 cmH₂O) est le suivant :

PA 80/40 mmHg,
PVC 25 cm H₂O,
débit cardiaque 2,2 L/mn/m²,
SaO₂ 88%,
ScvO₂ 50%
Lactatémie 7mmol/L



Interprétez ce bilan hémodynamique. Citez les mécanismes physiopathologiques expliquant ce tableau cardio-circulatoire.

Question n° 8

6 jours plus tard, le patient est extubé et il présente une douleur au pli de l'aîne, augmentée à la flexion du membre inférieur droit. Le bilan biologique montre une hémoglobine à 8,6 g/dL pour 12g/dL la veille. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Question n° 9

Votre hypothèse était la bonne. L'hémodynamique est conservée. L'INR est à 1,5. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question n° 10

Quelle procédure pourrait-on alors discuter pour mettre le patient à l'abri d'une récurrence de sa maladie initiale ?