

ANESTHESIE-REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Cas clinique N°1

Vous prenez en charge Hugo, un enfant de 3½ ans pour une amygdalectomie. C'est un enfant en pleine forme qui vient de faire sa rentrée en maternelle.

1. Quels sont les points essentiels de votre consultation d'anesthésie ?
2. Quel bilan préopératoire proposez-vous ?
3. Dix minutes après son arrivée, l'infirmière vous appelle car l'enfant tousse, il a le nez qui coule, la température est de 39°C. Que faites-vous ?
4. Au final, fausse alerte, l'enfant est apyrétique et présente une rhinorrhée claire et une auscultation normale. Vous décidez de maintenir la chirurgie. Comment préparez vous l'enfant avant son arrivée au bloc opératoire ?
5. L'intervention ne pose pas de problème. Quelles sont les conditions d'extubation de l'enfant ?
6. Quelles sont les règles de perfusion postopératoires et de reprise des boissons et de l'alimentation ?
7. Quelles sont les modalités de l'analgésie postopératoire ?
8. Quelles sont les principales complications postopératoires et quelle doit être leur prise en charge ?

Cas clinique N°2

Un homme de 65 ans est conduit par le SAMU au déchocage pour malaise, douleurs épigastriques et vomissements de sang.

Ces antécédents sont une FA, une dyslipidémie, une AOMI stade 3 et une cardiopathie ischémique pour lesquels son traitement habituel comprend Kardégic, Atorvastatine, Xarelto (Rivaroxaban), Aténolol.

Sa femme vous rapporte qu'il prend du Profénid depuis plusieurs jours pour une sciatique.

De garde en Réanimation, vous voyez ce patient, il est conscient mais désorienté, franchement pâle, avec des extrémités froides, des marbrures des genoux, un temps de recoloration à 5 sec. TA : 85/45 mmHg, pouls 140 bpm, SpO2 95% en air ambiant.

Il récidive devant vous un vomissement de sang, relativement important.

1. Quel bilan demandez-vous ?
2. Quel est votre diagnostic le plus probable ?
3. Comment conditionnez-vous votre malade et quels sont les traitements que vous mettez en place ?
4. Quels sont vos objectifs transfusionnels et de pression artérielle ?
5. Quelles sont les complications immédiates potentielles d'une transfusion de CGR ?
6. Après une hypotension prolongée, l'hémodynamique se corrige. Mais au deuxième jour d'hospitalisation en Réanimation, l'état du patient se dégrade avec une lactatémie à 5,4mmol/l, une hypotension artérielle, une oligurie, un profil hypovolémique, l'Hb est 10g/dL et une hémoculture de la nuit, réalisée sur un pic fébrile, pousse à BGN.
Quelle est votre hypothèse diagnostic, l'examen complémentaire pour l'affirmer et votre prise en charge ?

Cas clinique N°3

On adresse aux urgences M. D pour douleurs abdominales brutales et syndrome septique.

Ce patient de 65 ans n'a pas d'ATCD notable, mais sa femme vous rapporte une perte de 6kg les 2 derniers mois et de temps en temps « un peu de sang dans les selles », et un traitement antibiotique en cours pour bronchite. Pas d'autre antécédent, notamment allergique.

Cliniquement : patient confus, marbré des genoux, temps de recoloration de 5 secondes, auscultation cardio-pulmonaire normale, abdomen distendu, douloureux, contracture généralisée, pas de bruit hydro-aérique.

SpO2 96%, TA 75/50 mmHg, pouls 130 bpm, FR 32/min, Température 39,5°C

Biologie :

Na+ 135 mmol/l	K+ 4 mmol/l	Cl- 105 mmol/l
HCO3- 15 mmol/l	urée 20 mmol/l	créat 190 µmol/l
pH 7.25	pCO2 28 mmHg	CO2T 15 mmol/l
pO2 85 mmHg	SaO2 96%	Lactates 5,6 mmol/l

1. Quel est le diagnostic le plus probable que vous pouvez poser avec les éléments décrits ci-dessus ?
2. Vous avez admis le patient en salle d'accueil des urgences vitales, décrivez sa prise en charge immédiate que vous réalisez en première intention.

3. Votre collègue chirurgien opère ce malade, confirme votre diagnostic initial, et vous recevez ce patient dans l'unité de réanimation. Quels sont les micro-organismes les plus fréquemment en cause dans ce type d'infection ?
4. Le patient est en choc septique, quelle est votre thérapeutique anti-infectieuse probabiliste ? N'utiliser que des dénominations communes internationales (DCI) ou le nom de familles de molécules
5. Le patient est encore intubé, ventilé en raison d'une curarisation postopératoire résiduelle, sous propofol débuté au bloc opératoire depuis plusieurs heures, vous avez poursuivi le traitement anti-infectieux probabiliste et débuté une analgésie multimodale, mais la situation hémodynamique continue à se détériorer franchement.
Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?