

**L2**

Date : 23/01/2012

2011-2012

Professeur : Baqué

Nombre de pages : 4

# SEMIOLOGIE

Ronéo n° : 6

Intitulé du cours : cas clinique

Chef Ronéo : Hélène DI VINCE NZO

Binôme : Thibault DONADEY

Manuel MARTIN



**Corporation des Carabins  
Niçois**

UFR Médecine  
28, av. de Valombrose  
06107 Nice Cedex 2  
[www.carabinsnicois.com](http://www.carabinsnicois.com)  
[vproneo@gmail.com](mailto:vproneo@gmail.com)

*Partenaires*

**GROUPE  
PASTEUR  
MUTUALITE**

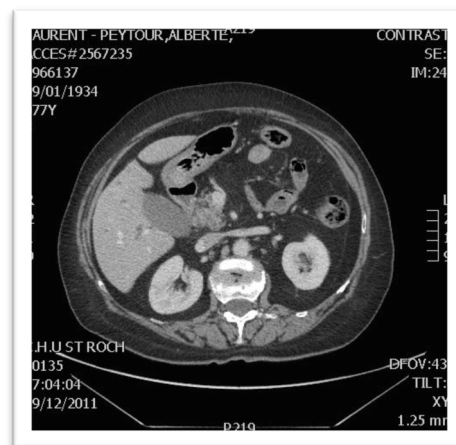
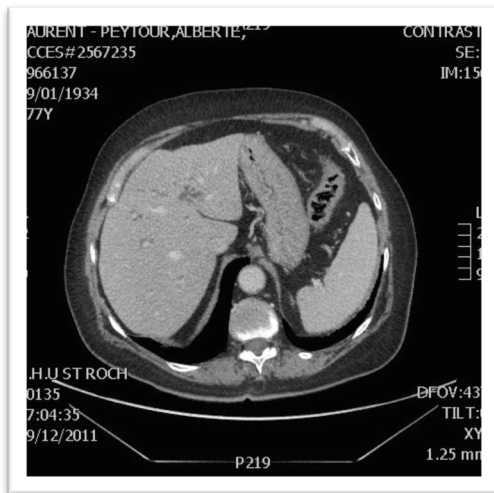


# Séance de cas clinique du 23/01

« Mme L, 76 ans, se présente aux urgences pour des douleurs péri-ombilicales et épigastriques. Elle ressent ces douleurs depuis 8 à 10 jours. Elles augmentent régulièrement, évaluées à 6/10 au moment de l'admission. Le pouls est à 80 BPM, la T° à 37°. La douleur semble traverser l'abdomen vers l'arrière, ce qui fait qu'elle ne sait pas si elle a mal au ventre ou au dos. Sa mère est décédée d'un cancer du sein et sa sœur a eu un cancer du colon. Elle a remarqué que ses urines étaient foncées. Les douleurs sont permanente mais l'intensité fluctue. Elle a pris du Daffalgan, ce qui semble la calmer. La nuit, elle dort en chien de fusil, ce qui la calme également. Elle a fait une échographie il y a 6 mois, dans le cadre de « difficulté de digestion » qui montrait qu'il existait plusieurs lithiases dans la vésicule. La TA est à 15/7. Elle prend du Renitec et du lasilix que son médecin traitant lui a prescrit il y a 2 ans pour une HTA. Elle a été opérée de l'appendicite dans l'enfance, et de « descente d'organe » il y a 5 ans, par voie basse. Elle dit qu'elle a également les selles décolorées et que parfois, « ça la gratte » sur tout le corps. L'examen clinique montre une patiente floride, de 1m68 pour 75 KG. Elle est très entourée par sa famille qui s'inquiète. L'auscultation cardiaque montre des bruits du cœur réguliers, sans souffle. Il n'y a pas de dyspnée de repos. Le murmure vésiculaire est symétrique. Il existe un ictère cutanéomuqueux franc. L'inspection abdominale ne retrouve pas de cicatrice. La palpation de l'abdomen est globalement indolore, sans défense, avec une petite sensibilité épigastrique. L'auscultation abdominale est sans particularité, ainsi que la palpation des orifices herniaires. L'examen neurologique est sans particularité. Elle dit qu'elle a perdu l'appétit depuis 3 semaines et il semble qu'elle ait un peu maigri. La prise de sang montre. Hb : 7,8 mmOl/l, GB : 7000/ml, bilirubine totale : 120 yg/ml, bilirubine conjuguée 105yg/ml, transaminases O et P : 2 fois la normale, CRP : 12u/l, créatinine : 80yg/l, glycémie normale, gammaGT=75yg/l, TP : 95%, TCA normal, amylosémie et lipasémie normales.

Vous avez à votre disposition 2 coupes de scanner et une IRM biliaire.

Discussion diagnostique et thérapeutique »



### Cas clinique :

Patiente de **76 ans** avec pour motif d'admission des **douleurs péri-ombilicales et épigastriques**.

### Antécédents :

- Médicaux : HTA traitée par Renitec et Lasilix depuis 2 ans.
- Chirurgicaux : - Ablation de l'appendicite dans l'enfance.  
- Opération de prolapsus, il y a 5 ans, par voie basse.
- Familiaux : cancer du sein chez sa mère, cancer du colon chez sa soeur.
- Présence d'une lithiase vésiculaire.

### Histoire de la maladie :

- Apparition de douleurs péri-ombilicales et épigastriques
- Depuis 8-10 jours.
- Intensité croissante et permanente, notée à 6/10.
- Irradiation antéro-postérieure.
- Soulagée par Dafalgan et position en chien de fusil.
- Perte de poids.
- Pas de fièvre, pas d'altération de l'état général.

### Examen Physique

- Température : 37°C.
- Pouls : 80 BPM.
- TA : 150 / 70 mmHg.

### Examen Abdominal

#### Inspection :

Ictère cutanéomuqueux franc.

Pas de cicatrice

Pas de hernies

#### Palpation :

Pas de défense

Indolore

Légère sensibilité épigastrique

### Examen Cardio-vasculaire

#### Auscultation :

Bruits du coeur réguliers

Pas de souffles

### Examen Respiratoire

#### Auscultation :

Murmures vésiculaires symétriques

Pas de dyspnée de repos

### Examen Neurologique

Normal

### Autres :

- Selles décolorées.
- Urines foncées.

### Bilan sanguin :

- Hb : 7,8 mmol/l => limite inf.
- GB : 7000/ml ? => normal.
- Bilirubine : 120 µg/l => 6 x la normale.
- Transaminase O et P => 2 x la normale.
- CRP : 12 µg/l => normal.
- Créatinine : 80 µg/l => normal.
- Glycémie normale.

- $\gamma$ GT : 475  $\mu$ g/l => 6 x la normale.  
-TP : 95 % => normal.

### **Imagerie :**

-Scanner L1 : dilatation des canaux biliaires, syndrome de masse de 2 cm de la tête du pancréas allant vers le processus incinatus.  
-Scanner T12 : dilatation des canaux biliaires.  
-IRM : voie biliaire dilatée. Image d'addition dans le bas Choledoque.

### **Conclusion au décours de l'examen clinique et de l'examen para-clinique :**

Ictère douloureux dans la région gastro-pancréatique mais sans fièvre.  
Dilatation des voies biliaires

### **Hypothèses diagnostiques**

-Lithiase du canal Cholédoque par migration à partir de la vésicule.

En faveur :

En défaveur :

-Occlusion des voies biliaires par tumeur de la tête du pancréas.

En faveur : ATCD familiaux de cancer

Douleur évolutive, qui augmente

Augmentation de la bilirubine

En défaveur :

### **Thérapeutique**

#### **❖ Commentaires du Pr. Baqué :**

- Il ne faut pas donner son avis affectif lorsque l'on traite un cas clinique, ne pas avoir d'état d'âme (ne pas dire « patiente un peu âgée », « antécédents assez lourds »).
- Il ne faut pas être approximatif : il faut être le plus méthodique possible.
- Quand on parle de traitement : il faut donner la **classe médicamenteuse** et pas seulement énumérer le nom des médicaments (par ex : Lasilix = diurétique). Conseil du Pr. Baqué : achetez le Dorosz (petit livre qui tient dans la poche de la blouse et qui regroupe tous les médicaments)
- Pour cette patiente, dans les antécédents familiaux, on a des cas de **cancers glandulaires** = arguments en faveur d'un cancer du pancréas.
- Pour l'histoire de la maladie : on peut dire que c'est une douleur de **type pancréatique** : car il y a une irradiation dorsale.
- Pour les constantes : Il faut préciser que la température est en Celsius, et pas juste dire 37°.
- Au niveau des examens biochimiques : il faut faire un regroupement syndromique biochimique :
  - o Pas de syndrome anémique
  - o Pas de syndrome inflammatoire (pas d'augmentation de la leucocytose et de la CRP)
  - o Pas de syndrome cytolytique
  - o En revanche, elle a un **syndrome cholestatique**
- En conclusion de l'examen paraclinique (biochimique + radiologique) : Femme de 76 ans en parfaite état général (parce qu'il est dit que le patiente est floride), hospitalisée pour syndrome douloureux abdominal épigastrique de type pancréatique avec ictère franc cutanéomuqueux, et une **dilatation des voies biliaires extra-hépatiques**.
- Au niveau des hypothèses diagnostiques : C'est une patiente qui a un ictère douloureux, sans fièvre (ce n'est pas un cas typique). Il y a 2 principales hypothèses :

	<b>Maladie lithiasique par migration d'un calcul dans la voie principale</b>	<b>Cancer de la tête du pancréas</b>
Arguments en faveur de ce diagnostic	En général cela donne une angiocholite = associe 3 symptômes (triade de Charcot): douleur - fièvre - ictère. Ici la patiente présente une douleur + ictère + lithiases vésiculaires + sténose du bas du cholédoque	- Les antécédents familiaux avec les cancers de type glandulaires. - La patiente présente un ictère (mais douloureux car le cancer a envahi le plexus coeliaque) - Le scanner a montré un nodule de 2cm de la tête du pancréas → argument majeur
Arguments en défaveur de ce diagnostic	Ici pas de fièvre ni de syndrome inflammatoire, donc pas de tableau clinique typique de l'angiocholite. Donc ce diagnostic reste possible mais est peu probable.	En général cela donne un ictère nu. Donc ici on n'est pas dans une configuration classique

- On peut également énoncer l'hypothèse diagnostique d'une **cholécystite**, mais il y a beaucoup d'arguments en défaveur : pas de douleur de l'hypochondre droit, mais surtout pas de défense abdominale au point vésiculaire de Murphy, pas de syndrome inflammatoire, et pas d'épaississement de la paroi vésiculaire.

→ Donc ici on a un doute diagnostique entre l'angiocholite et le cancer de la tête du pancréas, pour avoir la preuve du cancer on fait une biopsie. En cancérologie, on a un temps de diagnostic positif où on affirme le cancer, après on fait un bilan d'extension (pour voir les métastases locales et à distance). Dans le cadre du diagnostic de cancer du pancréas : on peut faire une **écho-endoscopie** (= endoscopie intra-digestive avec biopsie, centrée sur le nodule). Si la biopsie est positive on est sûr que c'est un cancer, si elle est négative ça devient problématique.

→ On conclut en disant que la patiente a de très fortes chances d'avoir un cancer de la tête du pancréas parce qu'elle a des arguments familiaux de cancers glandulaires, elle a un tableau clinique d'ictère d'aggravation progressif (il est douloureux mais l'envahissement des plexus nerveux peut expliquer cela), elle a un nodule tumorale de 2cm de diamètre de la tête du pancréas, il faut lui faire une écho-endoscopie et affirmer avec une biopsie le diagnostic.

→ Une fois qu'on a le diagnostic de cancer, on fait une proposition thérapeutique : le traitement du cancer digestif, en général, c'est l'**exérèse chirurgicale** à visée curative. Dans le cas contraire, on peut faire un traitement palliatif (dérivation biliaire par voie endoscopique et/ou radio-chimiothérapie).

NB : Pour le partiel de sémio G, le cas clinique peut porter sur l'appareil cardiovasculaire, respiratoire ou digestif.... ENJOY ☺

