

**L2**

Date : 21+25/11/2011

Professeur : Fournier/Baqué

Nombre de pages : 20

**2011-2012**

# SEMIOLOGIE

Ronéo n° : 4

Intitulé du cours : séance de clinique

Chef Ronéo : Hélène DI VINCENZO

Binôme : Eléa Vachez

Cloé Velin

Walid Boughama

Sylvain Ganchier



**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*



## UE SEMIOLOGIE GENERALE

### Cas clinique du 21/11/11

#### CAS CLINIQUE CHIRURGICAL :

Cas clinique n°4

Un homme de 22 ans faisait du motocross dans les montagnes de l'arrière pays niçois. A l'aller, c'était l'après midi, il n'y avait pas de barrière sur les routes forestières. Au retour, après la tombée du jour, le garde forestier était venu fermer les barrières des chemins de terre et le motard a été stoppé net par une de ces barrières.

Il a donc été désarçonné de sa moto par une barrière horizontale. Un berger passait par là, appela les secours et le patient nous a été transféré.

A l'admission dans le service des urgences, il répond aux ordres simples. Il souffre énormément du ventre et il ressent également une violente douleur thoracique. Il n'a jamais été opéré auparavant et ne prend pas de traitement. Il a vomit 2 fois pendant le transport. La TA est à 110/85. Le pouls est à 115 BPM. La palpation abdominale relève une défense abdominale généralisée. L'auscultation pulmonaire retrouve un frottement pleural à gauche et des bruits du cœur assourdis, l'impression d'un souffle systolique 1/6.

En PJ 1, la photo de l'abdomen du sujet, en PJ2, la radiographie du thorax, en PJ3, une coupe thoracique au scanner, en PJ4 et PJ5, deux coupes abdominales.

Sur le plan biologique, GR : 2,2 millions, GB : 19700 /ml, Hb ; 5,3 mmol/l, CRP : 156 u/l, amylasémie : 1100 u/l, lipasémie 2700 U/l, transa O : 258 ui/l, transa P 310 u/l, gamma GT : 560 u/l.

Il dit que la douleur est à la fois abdominale et thoracique, et que la douleur thoracique semble avoir une irradiation descendante « traçante » vers les lombes, la douleur abdominale semble être transfixiante d'avant en arrière, et est calmée par la position « en chien de fisil ».

Un peu bref comme énoncé, celui de vendredi sera plus long...

Monsieur X, 22ans

Hospitalisé pour prise en charge d'un traumatisme thoraco-abdominal → Fermé

#### **INTERROGATOIRE :**

. Antécédents

- chirurgicaux : aucun
- médicaux : non connu

. Traitement : aucun

. Mode de vie : non connu mais il peut être important de le noter

. Pas d'allergies médicamenteuses connues, important pour la suite du traitement notamment pour les antibiotiques

## **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Accident de la voix publique, deux roues avec traumatisme thoraco-abdominal antéro-postérieur à haute cinétique en regard de la xiphœide sur une décélération brutale. Le mode de traumatisme est important pour les lésions qui vont en découler

→ Douleur abdominale :

- diffuse accentuée en épigastrique
- intense et permanente
- transfixiante a irradiation lombaire (évocateur d'une pathologie particulière)
- clamée par la position en « chien de fusil » aussi évocateur de cette même pathologie qu'on verra après

→ Douleur thoracique :

- intense, violente, retro sternale
- a irradiation dorsal, descendant le long du rachis (toujours important de noter l'irradiation)

→ Signes associés :

- vomissements

## **EXAMEN CLINIQUE :**

On commence par les constantes avec :

Une TA à 110/85 mmHg, il a ici plus de 90 mmHg de pression artérielle systolique

On note aussi une tachycardie avec 115 batt/min

Comme le collapsus est défini par une tachycardie et une pression artérielle systolique inférieur a 90 mmHg, il n'y a pas de collapsus ici.

Ce qui aurait été important a chercher au cours de l'examen c'est une asymétrie tensionnelle évocateur d'une rupture isthmique de l'aorte (l'asymétrie tensionnelle est bien entre membres inférieurs et les membres supérieurs et non pas entre la droite et la gauche comme il a pu dire durant la présentation)

→ Inspection



On note :

. Une contusion en regard du creux épigastrique, en dessous de la xiphoïde

. Il faut rechercher :

- une déformation du thorax ou de l'abdomen
- une plaie/ une fracture ouverte de côte (il faudra toujours traiter une plaie)
- marbrures de l'extrémité, qui est un signe de choc hémorragique
- le syndrome anémique, d'une pâleur et d'une tachycardie témoins d'un saignement actif et en l'occurrence aigue

### Etage Abdominal :

→ Palpation

. On note une défense généralisée donc une contraction de l'abdomen a la palpation qui n'était pas systématisée à un territoire de l'abdomen

→ Percussion

. On cherche une matité diffuse qui serait témoin d'un hémopéritoine, très probable dans le contexte du patient

→ Auscultation

. On cherche un souffle lombaire qui pourrait révéler une dissection aortique et de ses branches, notamment des artères rénales

### Etage Thoracique :

→ Palpation

. On cherche une douleur élective témoin d'une fracture de côte

. Une déviation trachéale car le traumatisme est thoracique donc les structures peuvent être déviées

. Un emphysème sous cutané témoin d'une contusion pulmonaire, on le cherche généralement dans le creux sus-claviculaire

→ Percussion

. On cherche une matité témoin d'un hémothorax

→ Auscultation

. On trouve chez ce patient un frottement pleural (hémothorax)

. Des bruits du cœur assourdis (il dit alors que ceci est témoin d'un hémopéricarde mais on verra plus tard avec Monsieur Baqué qu'il s'agit d'un hémomédiastin)

. Un souffle systolique (insuffisance aortique → rupture isthmique de l'aorte)

### Examen neurologique :

. A l'examen clinique fondamental devant un polytraumatisé on cherche des déficits sensitivo-moteurs et des signes de localisation (dissection de l'artère d'Adamkiewicz qui irrigue la moelle et aussi l'extension de la dissection aux carotides).

. On calcule le score de Glasgow qui est un score neurologique de l'état de conscience du patient avec : les yeux/ la motricité/ la verbalisation (probablement 15)

. Et les reflexe du tronc cérébral

Examen Hémodynamique :

Fondamental dans le contexte d'un polytraumatisé avec ici un saignement probable

. Pouls

. Signe d'insuffisance cardiaque droite : œdème des membres inférieurs, turgescence jugulaire, hépatomégalie douloureuse car la tamponnade en cas d'hémopéricarde intense aigue peut générer une adiaastolie en comprimant le ventricule droit qui se révèle par des signe d'ICD

→ CONCLUSION AU DECOURS DE L'EXAMEN CLINIQUE

. Patient de 22 ans hospitalisé pour traumatisme thoraco-abdominal fermé présentant :

- un syndrome péritonéal faisant évoquer un hémopéritoine
- un syndrome douloureux thoracique faisant évoquer une rupture isthmique de l'aorte compliquée d'un hémopéricarde et d'un hémothorax
- sans signe de mauvaise tolérance

La mauvaise tolérance ca aurait été un collapsus tensionnel et un choc hémodynamique

**PARACLINIQUE :**

Biologie :

GR : 2,2 millions

GB : 19700 /ml

Hb ; 5,3 mmol/l

CRP : 156 u/l

amylasémie : 1100 u/l

lipasémie 2700 U/l

transa O : 258 ui/l

transa P 310 u/l

gamma GT : 560 u/l

→ Anémie

→ Hyperleucocytose de démarginalisation, normalement les GB sont élevés en cas d'infection mais là le patient ne semble pas infecté mais devant la tachycardie les GB sont tous mobilisés

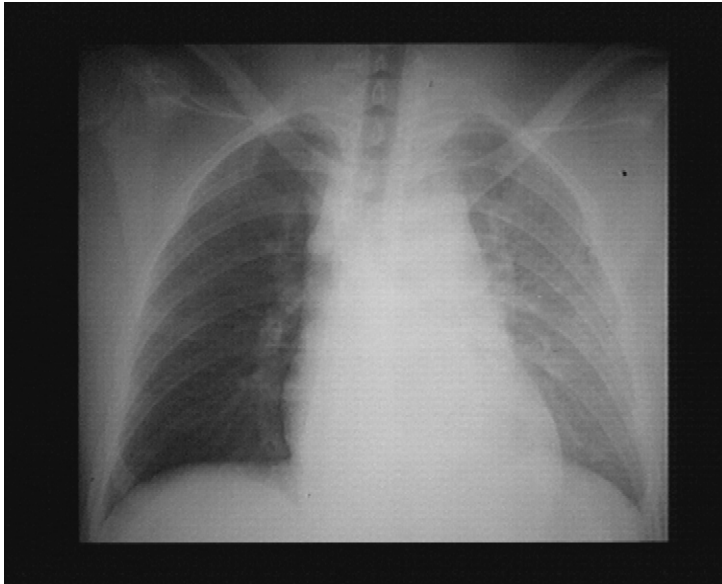
→ Syndrome inflammatoire biologique : CRP élevée

→ Cytolyse hépatique : transaminase qui ont augmentées

→ Cholestase : gamma GT élevé

→ Elévation des enzymes pancréatiques a plus de trois fois la normal (la lipase étant plus significative donc peut conduire au diagnostic positif d'une pancréatite aigue post-traumatique)

Radio Thoracique de face :



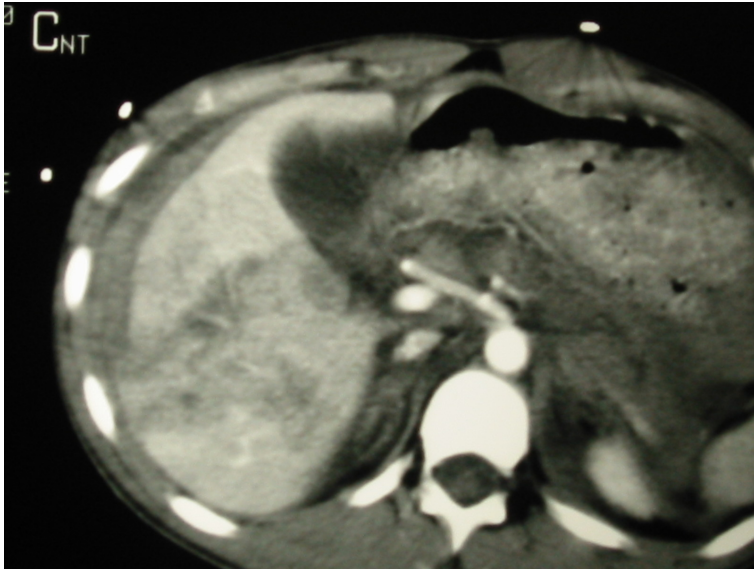
- Elargissement du médiastin supérieur ( > 8cm )
- Déviation trachéale
- Disparition du bouton aortique
- Comblement de la fenêtre aorto-pulmonaire
- Syndrome alvéolaire de l'hémichamp pulmonaire gauche = hémithorax  
( En réalité ce n'est pas un syndrome alvéolaire mais un syndrome pleural ! )

TDM coupe thoracique injectée :



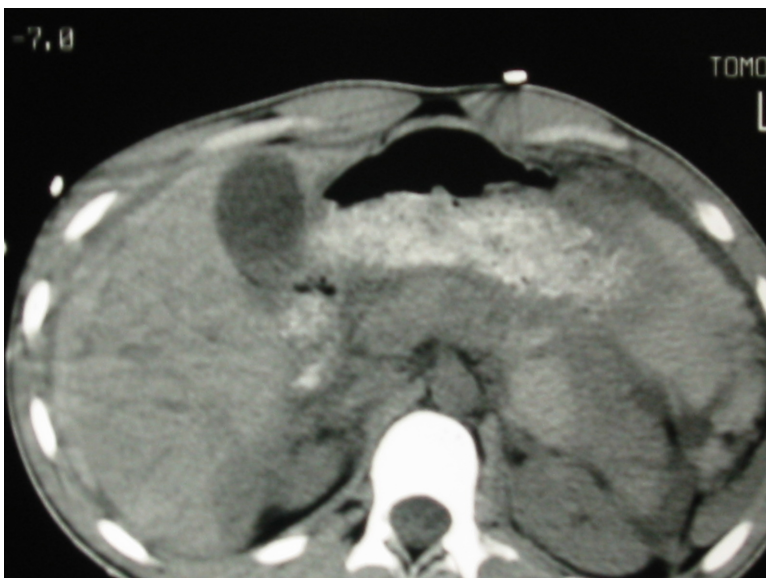
- Confirme l'hémithorax car épanchement liquidien (niveaux) bilatéral d'allure hématique
  - Hypodensité intraluminal de l'aorte ascendante et descendante : Flap intraluminal
  - Faux chenal : deux voies de circulation au sein même de l'aorte
  - Hématome péri aortique
- Tous ces signes sont en faveur d'une dissection traumatique de l'isthme aortique étendu à l'aorte ascendante et descendante

TDM en coupe abdominal injecté :



- Foie hétérogène avec fuite de produit de contraste témoin d'une fracture hépatique des segments V et VI
- Épanchement péritonéal diffus d'allure hématique signe d'un hémopéritoine qu'on avait déjà suspecté avec la défense abdominal

TDM en coupe abdominal non injecté :



- Rate hétérogène avec hématome interfracturaire
- Probable très de fracture pancréatique
- Hyperdensité péri pancréatique = coulée pancréatique qui irait bien dans le contexte de lipasémie élevée et de la douleur irradiante transfixiante témoin d'une pancréatite aigue post-traumatique

#### CONCLUSION AU DECOURS DE L'EXAMEN PARACLINIQUE :

. Patient de 22 ans hospitalisé pour un traumatisme fermé thoraco-abdominal présentant :

- une rupture isthmique de l'aorte compliquée d'un hémithorax et d'un hémopéricarde
- une pancréatite aigue post-traumatique
- associée à un hémopéritoine compliquant une double fracture hépatique et splénique

#### DISCUSSION DIAGNOSTIQUE :

Polytraumatisé thoraco-abdominal fermé pose trois problèmes :

- traumatisme abdominal
- traumatisme thoracique
- tolérance hémodynamique (On parle plutôt d'état de choc traumatique compensé d'après Mr Baqué)

Rupture isthmique : L'aorte descendante est fixée au rachis par les artères lombaires et intercostales tandis que la crosse et l'aorte ascendante sont fixées au cœur sont des organes très lourds qui lors de la décélération brutale viennent taper contre la paroi antérieur du thorax.

. Etage thoracique : (+= en faveur du diagnostic/ -= en défaveur du diagnostic)

RIA (rupture de l'isthme de l'aorte), hémithorax, hémopéritoine

+ : tableau clinique, anamnèse, douleur, TDM

-: asymétrie tensionnel ?

. Etage abdominal :

Fracture hépatique splénique

+ : douleur abdo, anamnèse, biologie, TDM

-: Rien

Pancréatite aigue

+ : douleur abdo typique (épigastrique), lipasémie > 3 fois la normale

-: Rien

#### PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE DE TOUT POLYTRAUMATISE :

. Mise en condition

- protéger, alerter, secourir

.SMUR

- immobilisation de l'axe crano-rachidien (ne pas enlever le casque)
- libération des VADS
- monitoring (poser un scope cardio-tensionnel)
- prévention de l'hypotermie avec la couverture de survie

Il faut surveiller avec le SMUR ces 3 points

. Hémodynamique

- remplissage cristalloïdes avec une VVP/ et vasopresseur pour favoriser la perfusion des organes

. Respiratoire

- oxygénothérapie pour SpO2 > 95%

. Neurologique

- intubation oro-trachéale si Glasgow < 8
- sédation (antalgique pour la douleur)

**MOYENS THERAPEUTIQUES :**

. Médicaux

- dès la suspicion : anti-HTA (béta bloquant contre indiqués si tamponnade)
- hospitalisation en réa
- antalgique, titration morphinique
- surveillance cardio-tensionnel
- VVP, remplissage et mesures de réanimation/ a jeun/ sonde naso-gastrique si vomissement incoercibles
- Culot de GR (→ transfusion)
- ECG (dissection aortique → dissection des coronaires → infarctus du myocarde par insuffisance du débit)

. Chirurgicaux : Etage thoracique

- suture ou pontage aorto-aortique protétique
- voie d'abord par thoracotomie, 4<sup>ème</sup> espace ICG
- sous circulation extra corporelle
- drainage thoracique medio-thoracique postérieur
- thoracotomie d'hémostase

. Chirurgicaux : Etage abdominal

- laparotomie diagnostique et thérapeutique (on peut louper quelque chose à l'imagerie !)
- exploration digestive/ évacuation de l'hémopéritoine/ toilette péritonéale
- Packing hépatique → pas de mobilisation !
- Splénectomie d'hémostase après ligature des afférences artérielles et veineuses

**TRAITEMENTS INDICATION :**

Médical : Indispensable

Chirurgical : discuter l'articulation des différents temps opératoires

Surveillance fondamentale

Suivi du splénectomisé → pose des problèmes infectieux

Commentaires de Mr Baqué :

Ce qui est très bien fait c'est le regroupement syndromique et la distinction entre la sémiologie thoracique et la sémiologie abdominale.

Il a fait un examen clinique avec tout les temps, il définit le motif d'hospitalisation comme un traumatisme thoraco-abdominal (entre la ligne bi-sous-costale et bi-mamelonnaire)

→ Chaque mot compte (c'est synthétique !)

Par rapport aux constantes il faudrait dire que la tension artérielle a une différentielle pincée. On n'a pas de collapsus mais un état de choc compensé et non pas un état de choc hémorragique.

Son effort a consisté à faire du regroupement synthétique et syndromique.

Cependant au niveau de la radio, on ne parle pas de syndrome alvéolaire mais de syndrome pleural d'ou l'hémothorax. De plus, c'est une radio typique d'hémomédiastin (et non d'hémopéricarde) avec la disparition du bouton aortique et des 3 arcs gauches. Ce qui aurait été bien avant de parler du traitement, c'est de décrire l'histoire naturelle de la maladie dans le cas où on ne traite pas :

- C'est à dire pour la rupture isthmique de l'aorte cela va provoquer un hémothorax massif, une hémorragie et conduire au décès du patient.
- Le faux chenal peut provoquer des ischémies des branches de l'aorte (ischémies digestives, cérébrales...).
- Le traumatisme du foie peut provoquer un hémopéritoine
- La contusion pancréatique peut provoquer une pancréatite aigue, pancréatite hémorragique

Question d'un élève : Comment peut on distinguer la dissection aortique et la rupture isthmique de l'aorte ?

Il faut prendre la dissection aortique comme une maladie à par entière qui survient par exemple chez les hypertendus tandis qu'ici il s'agit d'une rupture isthmique traumatique suivie d'une dissection aortique.

### CAS CLINIQUE MEDICAL :

Monsieur Fournier va mettre la vidéo en ligne, il nous préviendra quand cela sera fait.

On vous fait un petit résumé :

C'est patient dyspnéique de 63 ans, qui n'arrive plus à respirer en position couchée.

Le médecin le met sous O2 puis relève son siège.

Commence alors l'interrogatoire :

Le patient tousse depuis quelque temps, il a des expectorations mousseuses, blanches et parfois rosées. Dans ses antécédents on note un infarctus du myocarde suivi d'une chirurgie (pose de ressorts). Depuis son infarctus il manque de souffle et il note un aggravement de l'essoufflement au fur et a mesure du temps. Ces derniers temps il est de plus en plus essoufflé la nuit donc il dort avec plusieurs oreillers et il ressent également des palpitations depuis peu.

Au niveau des traitements, il prend de l'aspirine en sachet, un médicament pour le cholestérol, celui pour son ressort (qu'il ne faut surtout pas arrêter), celui pour la cicatrisation du cœur et un autre pour le cœur dont on ne connaît pas l'utilité. On apprend ensuite que le patient a arrêté ses traitements pour le cœur.

A l'auscultation des poumons on entend des râles crépitant sûrement révélateur d'un épanchement pulmonaire car non localisés. Pas de souffle au niveau cardiaque, mais légère tachycardie et un ECG où l'on distingue une fibrillation auriculaire (mais pas de signe de souffrance myocardique). A la radio thoracique on note cardiomégalie.

Commentaires de Mr Fournier :

Très bon interrogatoire de la part d'Arnaud. Le regroupement syndromique est très important, il faut bien caractériser le motif de l'hospitalisation qui est ici une dyspnée au repos à apparition rapide, on parle de dyspnée paroxystique nocturne (car arrivée pendant la nuit). Les étiologies auxquelles on pense sont alors :

- Une insuffisance cardiaque congestive dont la forme extrême est l'OAP
- Une insuffisance respiratoire aiguë (BPCO)
- Crise d'asthme MAIS « théorie du zèbre » : je me promène dans la campagne en France, j'entends un hennissement, je me retourne et je vois que la cause du hennissement est un cheval. Je me promène dans la campagne au Kenya, j'entends un hennissement, c'est un zèbre ! → Tout ça pour dire qu'il faut pondérer les hypothèses en fonction de la probabilité qu'elles surviennent, il n'est pas banal de faire une crise d'asthme à 63 ans à part si c'est un vieil asthmatique. Conclusion, hypothèse à jeter !

Les points importants qu'on retire de l'interrogatoire :

.Expectorations mousseuses, blanchâtres et rosées

.Antécédents cardiaques :

- Infarctus+HTA
- il suit mal son traitement
- palpitations (le cœur qui s'emballe voir s'arrête)
- dyspnée d'effort qui s'aggrave

.Dort avec 2 oreillers

.Il a l'impression que tout c'est aggravé avec l'arrivée de la fibrillation auriculaire (très fréquent avant une insuffisance cardiaque congestive)

Les points importants de l'examen clinique :

.A l'inspection le patient respire mieux en position assise → orthopnée car il y a une diminution du retour veineux surtout associé aux jambes pendantes en dehors du lit et car l'OAP se draine par le canal thoracique et le débit du canal thoracique est augmenté en position demi-assise.

.A l'auscultation on entend des râles crépitant mais pas de foyers systématisés

.A l'auscultation cardiaque pas de souffle mais une tachycardie irrégulière (FC :140 batt/min)

Examens complémentaires :

Il faut bien s'assurer que ce n'est pas encore un infarctus c'est pourquoi il faut insister lors de l'interrogatoire (« Est ce que vous avez une douleur thoracique qui serre ?... ») ECG confirme la fibrillation auriculaire et l'absence de souffrance myocardique

Cardiomégalie sur la radio avec là un syndrome alvéolaire.

Pour la biologie, la troponine est un tout petit peu élevée se qui est en faveur d'une insuffisance cardiaque mais pas coronarienne. BNP (=peptide natriurétique B) aussi élevé.

Conclusion :

Au décours de cette observation, le patient a un OAP sur cardiopathie ischémique hypertensive avec comme facteur déclenchant la fibrillation auriculaire elle-même déclenchée par l'arrêt des traitements (surement un bêtabloquant) et aussi par le diurétique qui provoque une hypokaliémie et donc la fibrillation.

Traitement proposé :

- diurétique (furosémide=lasilix)
- trinitrine pour traitement de l'insuffisance cardiaque aigue car cela provoque une vasodilatation artérielle et veineuse → permet une diminution du retour veineux et une diminution de la TA (diminution de la post-charge)

Commentaire d'Arnaud :

Il est important de toujours demander les antécédents car une IC ne survient pas sur un terrain sain. Il aurait peut-être fallu demander : les facteurs de risques cardiovasculaires (tabac/HTA/diabète...) et le contexte médico-social pour savoir si chez lui il pourra bien prendre son traitement.

Durant l'examen clinique on aurait pu rechercher des signes d'insuffisance ventriculaire droite (OMI, TJ, RHJ) l'OAP provenant de l'IVG avec au final pourquoi pas une IC globale. A remarquer : la SP02 était a 86% et après mise sous O2 elle est montée a 95%

Diagnostic différentiel :

→ avec une T° a 38°C et une fibrillation auriculaire on aurait pu rechercher une endocardite infectieuse avec recherche du foyer car risque d'AVC

## Cas clinique sémiologie médical

Les vidéos sont mises en lignes sur Nice externes.

Début de vidéo :

-Bonjour monsieur qu'est-ce qui vous arrive ?

-Je ne sais pas trop, j'ai dû avoir un malaise, vous ne pouvez pas fermer la fenêtre il fait froid chez vous ? Je n'arrête pas de trembler depuis ce matin. C'est comme quand j'ai eu le palu en Afrique.

-Là-vous frissonnez, parce que vous avez froid ?

-Je sais pas, je tremble, je frissonne, c'est pareil non ? Vous ne pouvez pas fermer la fenêtre il fait froid chez vous. Est-ce que vous avez une couverture ?

-Ça vous a pris quand ces frissons ?

-Depuis ce matin en même temps que la douleur dans la poitrine.

-De quelle douleur vous parlez monsieur ?

-Ben la douleur là à droite dans l'épaule.

-D'accord est-ce que vous pouvez me décrire ces douleurs, à quoi elles ressemblent, c'est important, est-ce que c'est plutôt une douleur qui vous serre comme un étau ou est-ce que ça vous brûle dans la poitrine, ou c'est une pointe qu'on vous enfonce dans le poumon et qui vous empêche de respirer ?

-Je vous l'ai dit ; c'est là à droite, ça remonte à l'épaule. C'est un peu comme si on rentrait quelque chose dans le poumon. Ça bloque le souffle.

-Donc reprenons si j'ai bien compris, depuis ce matin vous frissonnez et vous avez cette douleur dans le poumon qui monte vers l'épaule.

-Oui c'est ça.

-Et ça vous empêche de respirer c'est ça ?

-Oui c'est ça.

-Est-ce que vous toussiez, est-ce que vous crachez aussi et est-ce que vous avez de la fièvre et des sueurs depuis que vous avez les frissons ?

-Oui je tousse d'ailleurs j'ai vachement mal dans la poitrine quand je tousse, on dirait que ça se déchire à l'intérieur, j'ai l'habitude, je tousse souvent l'hiver à cause de la cigarette mais des douleurs comme ça jamais ! Et puis je crache, tenez regardez ce que j'ai craché avant que vous arriviez.

-Montrez-moi, est-ce qu'autour de vous il y a des gens qui toussent et qui crachent ?

-Oui là où je suis, il y en a plein qui toussent et qui crachent, d'ailleurs je n'y vais plus à cause de ça.

-Et pour vous c'est habituel de cracher vert et sanguinolent comme ça là ?

-Il y a du sang ? C'est grave ça, mais non je ne comprends pas d'habitude c'est blanc ou c'est jaune mais comme ça jamais, c'est depuis hier.

-Est-ce que vous avez de la fièvre et des sueurs monsieur ?

-Comment voulez-vous que je le sache moi, je prends pas ma température ! Vous pensez, je dors dans la rue, alors la température...

-Avez-vous maigri récemment ?

-Oui j'ai maigri des jambes, elles ne me portent plus, je n'ai plus de muscles. Avant j'étais en forme et sportif, ça ne me faisait pas peur de marcher, maintenant j'ai des crampes terribles dans les jambes, la nuit, qui m'empêchent de dormir. Ça me réveille, j'ai plus un poil aux mollets. Monter les escaliers je vous dis pas c'est l'enfer !

-Mais non ce n'est pas ça que je vous demande, est-ce que vous avez maigri globalement, est-ce que vos amis, vous disent que vous avez les joues creuses. Est-ce que vous avez remarqué que votre pantalon tombe si vous ne mettez pas la ceinture ? Est-ce que vous avez perdu l'appétit ?

-J'ai maigri des jambes c'est tout, et oui je suis fatigué. Comment voulez-vous que je ne sois pas fatigué avec la vie que je mène. Je ne mange pas à ma faim tous les jours, c'est la crise vous savez. Les restos du cœur ne sont pas encore ouverts, de toute façon avec mes dents manger c'est pas terrible.

-Qu'est-ce qu'elles ont vos dents ? Montrez-moi. Mais vous vous les lavées les dents des fois monsieur ?

-Vous arrivez à vous laver les dents sans eau vous ?

-Mais vous vivez comment ?

-Comme je peux, quand j'ai un peu d'argent je vais dans un meublé près de la gare, mais c'est glock, il y en a qui se bagarrent, qui sont malades, je peux pas rester là-dedans, moi je vis dehors, j'ai des cartons près des parkings et souffleries, il ne fait pas trop froid. Et puis près de nice étoile il y a plein de restos, des fois le patron, comme il est sympas, il me donne les restes.

-Est-ce que vous buvez monsieur ?

-Ben oui comme tout le monde pas vous ?

-Non je veux dire, est-ce que vous prenez de l'alcool, des apéritifs, du vin ?

-Ben oui.

-Combien à peu près ?

-Ben ça dépend si j'ai de quoi payer ou si je trouve des collègues qui en ont, on partage.

-Et en moyenne ça fait combien de bouteilles par jour ?

-Ben deux ou trois bouteilles par jour, plus de la bière quand je peux.

-Combien de bières vous prenez ?

-Ça dépend quand j'en ai, j'en prends, quand j'en ai pas j'en prends pas. D'ailleurs j'ai soif, très soif. Il y a quelque chose à boire, même de l'eau ça m'irait.

-Et vous consommez de l'alcool depuis longtemps comme ça ?

-Depuis que je suis dans la rue, avant j'étais plombier je travaillais au noir. Quand mon patron me payait, j'avais plus rien et trouver du boulot à 55 ans c'est pas facile. Ma femme s'est barrée, alors j'ai décroché, je suis dans la rue depuis.

-Est-ce que vous fumez ?

-Ben oui.

-Combien de cigarettes par jour ?

-Ce que je peux quand je peux. Sinon je récupère les mégots des fois les gens me donnent des cigarettes, ça doit faire un ou deux paquets par jour.

-Depuis longtemps vous fumez comme ça ?

-Depuis que je suis gosse.

-Ok, est ce que vous avez déjà été malade ou hospitalisé ? Est-ce que par hasard, vous savez si vous avez eu la tuberculose ou vous avez été vacciné par le BCG monsieur ?

-Ben écoutez, je tousse et une fois ils m'ont dit que j'avais la bronchite chronique. La tuberculose je sais pas, et le BCG je ne m'en rappelle pas.

-Est-ce que vous prenez des médicaments ?

-Ben oui, j'en ai pris mais là j'en prends plus parce qu'une fois ils m'ont donné des vitamines et là j'en prends plus, et ils m'ont aussi donné des médicaments pour l'épilepsie parce qu'un jour à St Roch, ils m'ont dit que j'étais épileptique. C'est vrai ça que je suis épileptique ?

-C'était quoi comme médicaments ? je peux pas savoir moi.

-C'est pas facile à se rappeler, ça ressemble à une fleur, le gardénia, ça existe ça pour les épileptiques ?

-Oui c'est le Gardénal.

-Oui gardénal, gardénia c'est pareil.

-Et ça fait longtemps que vous avez arrêté ?

-Oui plusieurs mois, ça me faisait dormir.

-Vous avez fait des crises ?

-Ah non.

-D'accord, est ce que vous êtes allergique à quelque chose, à des médicaments ?

-Non je ne crois pas.

-Est-ce que vous prenez des toxiques ?

-Des quoi ?

-Des toxiques, d'autres drogues, du cannabis, de la cocaïne, de l'héroïne par exemple ?

-Non non.

-D'accord, bon ben je vais vous examiner monsieur, vous avez beaucoup de fièvre là, presque 40.

-Il fait froid, il fait froid.

-Je vais prendre votre tension.

-Ça serre, c'est normal ?

-Oui, je prends la tension.

-Je vais vous ausculter les poumons monsieur. Respirez bien fort. Mais monsieur c'est quoi ces griffures dans le bas du dos ?

-C'est parce que je me gratte, ça me gratte la nuit avec les mains aussi, ça gratte, et les bras. Je me demande si je n'ai pas attrapé ça à l'asile de nuit, il y a des mecs qui se grattaient. Ça serait pas la galle ?, vous imaginez les nuits entre les jambes et la gratte, je dors plus moi.

-Il y a longtemps que vous vous grattez comme ça ?

-Ca fait quelques jours déjà.

-Ça vous réveille la nuit ?

-Ça m'empêche de dormir oui, c'est la nuit que ça gratte.

-Faites voir vos mains.

-Oui les mains aussi ça gratte.

-Bon ben je vais ausculter vos poumons. Ca ressemble à une galle ce que vous avez là.

-Je savais bien que je finirai par la chopée celle-là, ça y est.

-Respirez fort, (râles crépitants dans le lobe supérieur gauche)

-Vous entendez des choses à gauches, alors que c'est à droite que j'ai mal.

-J'entends des râles à gauche, dus à votre bronchite chronique, par contre le foyer d'infection il est bien en haut à droite.

-Oui c'est là que j'ai mal.

-Faites voir votre ventre.

-Ça me fait pas mal là ou vous appuyez.

-On vous a déjà dit que vous aviez un gros foie ?

-Oui on m'a dit ça une fois à St Roch.

-Vous n'avez jamais été suivi pour ça ?

-Non, ils m'avaient dit qu'il fallait que j'aille à l'archet. Comment voulez-vous que j'aille à l'archet ? C'était au moment où il y avait la grève dans les transports, et il n'y avait pas de bus pour y aller. De toute façon quand j'arrive dans le bus, le conducteur ne me veut pas.

-Mais là vous avez une hépatomégalie, c'est du à l'alcool surement.

-Une quoi ?

-Une hépatomégalie, un gros foie.

-Quoi un gros foie ?

-Comme du foie gras, mais ça s'est dû à l'alcool.

-Du foie gras ?

-Par contre c'est pas encore trop tard, vous n'avez pas d'autres signes d'insuffisance hépatique, vous n'avez pas les yeux jaunes, vous n'êtes pas tout jaune et pas de signes d'hypertension portale.

-De quoi ?

-En gros votre foie est tellement dur qui bloque la circulation veineuse.

-Et qu'est-ce que ça veut dire qu'il bloque la circulation veineuse le foie ?

-Et bien ça donne une hypertension portale, ça veut dire que vous avez une circulation de veines sur votre abdomen.

-J'ai vu ça une fois, il y en a un qui s'est déshabillé pour prendre sa douche, on lui voyait les veines sur le ventre, il avait le ventre tout gonflé, il avait les jambes toutes maigres pire que moi, il avait de grosses veines et on en voyait une qui sortait.

-Ça s'est dû à l'ascite mais ça vous l'avez pas mais faut arrêter l'alcool tout de suite parce que une fois que ça arrive après c'est dur à remettre en place le foie, une fois qu'il est cirrhotique.

-Je suis foutu la ?

-Non, mais faut arrêter de boire.

-Ah bon faut arrêter de fumer, de boire mais il va me rester quoi ?

-C'est pour votre santé.

-Je sens rien là où vous mettez les mains (palpation des jambes sur la partie antérieure), je vous vois mais je ne sens rien. Au-dessus du genou je sens, mais là je sens rien.

-Et de l'autre côté c'est pareil ou vous sentez ?

-C'est pareil, et quand je marche quelque fois je tombe si je marche parce que je sens pas le sol.

-C'est quoi des fourmis, ou de l'électricité dans les jambes ?

-La nuit oui, j'ai comme des décharges électriques.

-D'accord et le jour c'est comme du coton ?

-Oui c'est ça, c'est comme si je marchais sur du coton.

-Je vais tester vos réflexes monsieur.

-Oui testez ce que vous voulez. Je sens à peine.

-Vos réflexes sont abolis des deux côtés.

-Ça veut dire quoi ?

-Ça veut dire que ça aussi c'est une des conséquences de l'alcool monsieur, c'est une polynévrite, c'est ce qui vous empêche de dormir et ce qui vous fait mal la nuit aux jambes.

-Vos réflexes sont bien au bras, je vais regarder votre radio du thorax et votre prise de sang.

-Il faut aussi un cardiogramme, je l'avais déjà fait la dernière fois que je suis venu.

-Oui je vais le regarder aussi.

- **Observation ECG :**

-rythme rapide, tachycardie à 120

-remarque d'erreur de montage du fait qu'il ait des ondes positives en avR et des ondes négatives en V1

-l'important c'est qu'il n'y a pas de troubles d'ischémie coronarienne donc pas d'infarctus en cours de constitution avec le segment ST qui est normal.

-Rassurée pour la tachycardie, car les ondes P apparaissent → rythme sinusal

- **Gazométrie :**

Alcalose respiratoire du fait d'une hypocapnie, à cause de son hyperventilation

Hypoxie

- **Biochimie :**

Normale

Syndrome inflammatoire biologique, plutôt d'origine bactérienne

- **Radio du thorax :**

Opacité du lobe supérieur droit, bien limitée au lobe, avec une belle séparation entre lobe sup et inf.

On voit un broncho gramme aérien avec des condensations alvéolaires, typique d'une pneumopathie aiguë.

### **Retour examen clinique :**

Il va falloir qu'on vous garde à l'hôpital et vous mettre sous antibiotique.

Oui façon je me sentais pas de repartir.

On se rappelle le plan d'observation :

- **Quel est le motif de recours aux soins de ce patient ?**

Douleur à l'épaule droite → Non, le patient dit qu'il fait froid quand il arrive, il a de la fièvre, il vient pour ça, c'est dans la conversation que vient la notion de douleur. Cette douleur est en pointe à droite et fébrile, elle irradie à l'épaule droite, elle l'empêche de respirer, il a mal quand il tousse, avec EXPECTORATIONS hémoptoïques et purulentes.

- **Hypothèses diagnostiques :**

-infection alvéolaire → pneumonie

-abcès du poumon : en faveur à cause de son hygiène bucco-dentaire avec inhalation

- cancer broncho-pulmonaire : en faveurs à cause du tabac
- tuberculose : en faveurs à cause de l'environnement social

- **Observation :**

- Perte de sensibilité, abolition des réflexes → polynévrite
- hépatomégalie, sans cirrhose, sans hyperpression portale, sans ictère → hépatomégalie ISOLEE
- Galle
- râles crépitants

- **Examens complémentaires :**

- Pourquoi demander un ECG ?

Voir si insuffisance CORONARIENNE, pas cardiaque ! Attention aux termes employés pour l'examen !

- Pourquoi doit-on suspecter une insuffisance coronarienne chez ce patient ?

-fumeur, le simple fait qu'il soit un homme de plus de 50 ans nous le fait demander.

Il est tachycarde et sans insuffisance coronarienne.

Erreur de montage donc l'examen est nul, on doit le recommencer.

- **Prise de sang :**

Hématocrite = rapport du taux d'hémoglobine sur le nombre de globule rouge [Euh... On nous avait pas dit en P1 que c'était le rapport entre le volume de globules rouges et le volume total ??]

Ya une hémococoncentration et augmentation protéine et augmentation de l'hématocrite  
Anomalie biologique => Syndrome inflammatoire, biochimie avec CRP à 85 (très élevé), l'analyse de la BCP (=Procalcitonine), qui est un marqueur de l'inflammation, est en faveur d'une angine bactérienne de l'inflammation

A la radio pulmonaire, on observe une condensation  
c'est un syndrome alvéolaire avec épanchement pleural. Signe du syndrome alvéolaire ? On voit des bronchogrammes

Bon maintenant les questions à se poser pour ce patient :

=> antibiotiques ?

=> Faut-il le garder à l'hôpital ? Garder un SDF qui ne peut pas payer?

Oui, on le garde sans hésiter, déjà parce qu'il a une pneumonie grave (grave car hypoxémiante), et c'est dur

de trouver de l'oxygène dans la rue. Et parce qu'il doit prendre son traitement. Être SDF n'est pas une raison pour le refuser. De plus il est à une polynévrite (il tient à peine debout) et il a la gale (et encore la gale se traite en ambulatoire...). Bref il doit être hospitalisé ! Pour finir, comme il boit autant qu'un Carabin (2 bouteilles de rosée par jour + un max bières), en le relâchant il va continuer de boire (s'il s'arrête, il fera un sevrage aigu en alcool), ce qui va aggraver sa polynévrite, et il risque la cirrhose du foie.

Il faut lui faire un examen complet, du à l'alcool, la condition de vie précaire...

On a pas forcément éliminé le cancer du poumon ou la tuberculose (logique dans le contexte social). On lui fera une fibroscopie avant de le laisser partir pour vérifier si ce n'est pas un cancer qui obstrue les voies respiratoire ça. Mais sinon on pense que c'est une pneumopathie à pneumocoque, avec une hypoxie. Il lui faut un suivi à 72h après la prise des antibiotiques, raison de plus de le garder. Si c'est bien le cas on le vaccinera contre le pneumocoque, puisqu'il devient à risque d'infection et la prochaine peut être gravissime (méningites, détresses respiratoires...)

Cette semaine il mettra le cas clinique en ligne, avec les commentaires et les films.

### Cas clinique n° 3

On voit qu'il s'agit d'une plaie pénétrante à l'arme blanche localisée au niveau entre la jonction de la zone thoraco-abdominale et la ligne axillaire moyenne gauche (très important de localiser précisément les plaies!!)

Au niveau des antécédents : Douleur thoracique récurrente pour lequel il n'a pas consulté de cardiologue, appendicectomie ya 30 ans et aspirine tous les jours pour prévenir angor et infarctus myocarde (utilisé pour son anti agrégeant). Tabagisme à 38 PA

Il faut chercher les signes fonctionnels : il est polypnéique

Il semble stable sur le plan neurologique

On commence donc par un examen clinique qui est systématique à toute admission : pouls à 134 btm (tachycardie). Une tension 153/136 mmHg (attention aux unités...), ce qui nous permet de noter tout de suite un différentiel pincé (différence entre la diastolique et la systolique très faible), important à noter!

Saturation à 98%, sous oxygène !!

Il est important d'essayer de questionner le patient, pour savoir si le coup de couteau a été plutôt ascendant, descendant pour imaginer les lésions possibles.

La plaie thoracique se rapproche dangereusement de la « cardiac box », donc il est très important de suivre un cheminement sémiologique (hémodynamique, neurologique et respiratoire)

L'examen clinique initial permet de rechercher un risque vital immédiat à traiter en urgence, en cherchant l'état des principaux organes :

**Pour l'état hémodynamique**, on note des signes : sueurs, angoisse, pouls filant rapide, pression artérielle pincée (153/136) alors qu'une diastole normale est dans les 90 (moitié de la systolique +1). Un différentiel pincé est le signe qui précède une décompensation cardiaque. On peut chercher une turgescence jugulaire (le patient n'en a pas sur le coup, juste à savoir), qui est le signe d'une insuffisance cardiaque D qui peut alors nous suggérer une tamponnade.

**Pour l'état respiratoire**, les principaux signes sont la cyanose (mauvaise oxygénation), battements des ailes du nez, respiration courte, mise en jeu des muscles respiratoires accessoire et une agitation (peu présent chez ce patient) mais ce que l'on relève c'est une respiration paradoxale (l'abdomen s'affaisse en inspiration, et se gonfle en expiration, c'est un signe de mort imminente)

**Pour l'évaluation neurologique**, on cherche les signes d'une tétraplégie (pas pour notre patient).

L'évaluation du score de Glasgow est inutile puisqu'il n'y a pas de traumatisme crânien (ce score va de 3 à 15...).

**Sur le plan cardiaque**, on relève une tachycardie importante à 134 btm et les bruits du cœur sont assourdis à

l'auscultation, signe d'une tamponnade cardiaque. C'est donc une urgence puisqu'en cas de tamponnade et d'hémithorax, le patient ne meurt pas d'exsanguination mais d'un arrêt cardiaque causé par la tamponnade et les caillots qui se forment ainsi dans les feuillets péricardiques

**Sur le plan pulmonaire**, le murmure vésiculaire est atténué à gauche, et on observe une polypnée. On percute pour chercher une matité à gauche.

**A l'inspection**, on voit le pansement compressif sur l'abdomen qui prend toute la place. Quand on le reçoit, on commence par enlever le pansement compressif pour examiner la plaie (saigne ou non, aspect général...) pour estimer s'il faut l'envoyer immédiatement au bloc. Le patient a une respiration courte et superficielle, témoin de la respiration paradoxale. A la palpation, on note une défense généralisée, signe d'une atteinte péritonéale.

**Au décours de l'examen clinique**, il s'agit d'un patient de 45 ans admis dans votre service suite à une plaie pénétrante au niveau de la jonction entre la zone thoraco-abdominale et la ligne axillaire moyenne gauche, sous aspirine et présentant un choc hypovolémique, une respiration paradoxale et un syndrome péritonéal.

**En para-clinique**, il est intéressant de faire un bilan pré-transfusionnel : groupe sanguin, rhésus et recherche d'agglutines irrégulière, pour envisager une transfusion.

Vérifier l'hématocrite et hémoglobine, hémostase...

Essayer de récupérer l'arme blanche pour la bactériologie (TÉTANOS)

Chercher sur le gaz de sang (++) les signes de gravité ( $PO_2 < 60\text{mmHg}$  et  $PCO_2 > 50\text{mmHg}$ , à savoir) et mesurer la troponine (pour mesurer la souffrance cardiaque).

Pas de scanner puisque c'est une urgence. On a des patients comme lui qui meurent dans le scanner. On perd pas de temps c'est échographie orientée sur l'hémithorax gauche (un fast-écho).

A l'imagerie, on voit un syndrome pleural associé à un hémithorax. Les contours du cœur sont difficile à distinguer (peut être du au syndrome pleural aux alentours). Les contours diaphragmatiques ont l'air normaux

On peut dresser un bilan lésionnel, à valeur d'orientation : que peut-on suspecter avec une plaie pénétrante au niveau de l'hypocondre G et à proximité de la cardiac box ?

Et bien on peut supposer des atteintes coliques, diaphragmatiques, cardiaques et pulmonaire.

**Discussion diagnostique** : Le syndrome pleural doit être mis en relation avec l'hémithorax (hyperdensité en imagerie), dans le contexte de plaie pénétrante. On relève une respiration paradoxale. Il ya une tamponnade cardiaque (les bruits du cœur étaient assourdis) et un différentiel de tension pincée. Le syndrome péritonéal suggère une atteinte splénique (la plaie est en regard de la rate) et la défense généralisée nous fait penser à un hémopéritoine. L'aspirine ici est un facteur de risque (aggrave l'hémorragie). Le risque en cas d'atteinte colique est une vidange du contenu dans le péritoine, provoquant une inflammation puis une défense généralisée. Cependant on ne voit pas de pneumopéritoine à l'imagerie, ce qui discrédite cette thèse.

**Évolution naturelle** : choc hypovolémique, conduisant à un collapsus entraînant une hypoperfusion tissulaire puis une défaillance multi-viscérale. L'hémorragie peut conduire à une anémie, amenant aux mêmes fins.

**Prise en charge** : vérifier la présence de corps étrangers dans la plaie. L'envoyer en soins intensifs, avec une oxygénothérapie. On pose deux voies veineuse périphérique (VVP) pour faire un remplissage (deux pour ne pas faire son radin, imaginez en mettre seulement une qui finit par se boucher, le patient meurt). Faire un hémogramme (rhésus, groupe sanguin). On arrête le traitement aspirine et mettre des antalgiques. En chirurgie il faut faire une thoracotomie exploratrice (on ne sait pas vraiment ce qui est touché), on pose des drains pour atténuer l'hémithorax, et si besoin l'hémopéricarde. Pour le syndrome péritonéal on fait une laparotomie exploratrice pour vérifier l'intégralité des capsules synodique, du tissu diaphragmatique et de la paroi colique. On recherche des atteintes veineuses et on draine l'hémopéritoine. Pour finir on surveille minimum 3jours (monitoring, gaz de sang, et on vérifie qu'il fasse pas de coma)