

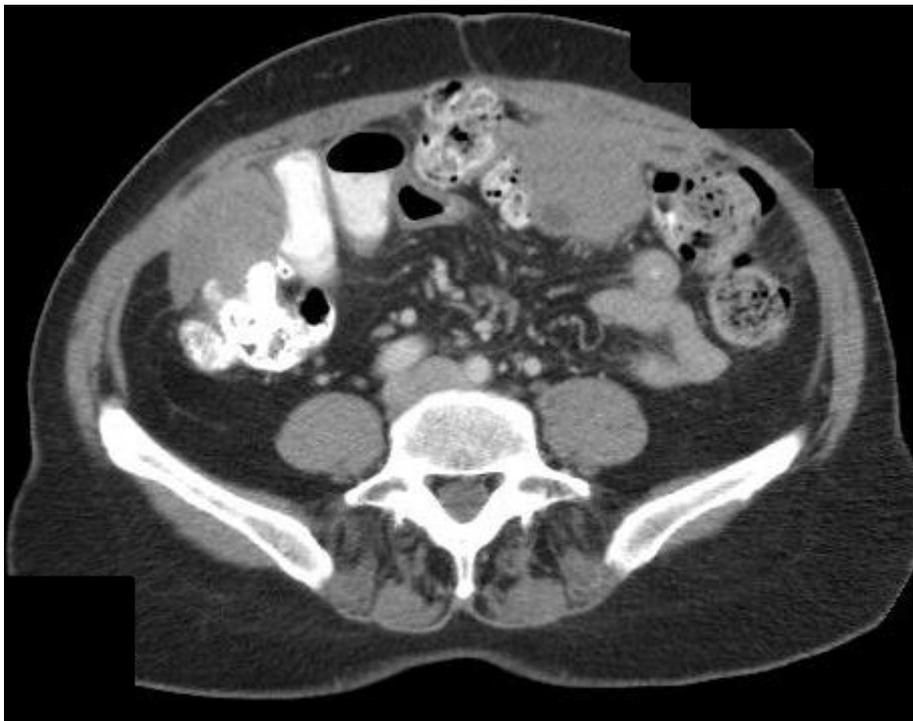
## DOSSIER ECN BLANC N°3 + CORRECTION

Madame R, âgée de 55 ans, vous est adressée pour un tableau septique associant fièvre à 40°C, frissons, douleurs abdominales spasmodiques, vomissements et arrêt des matières et des gaz.

Ses antécédents sont marqués par une appendicectomie dans l'enfance, une hypothyroïdie traitée par levothyroxine depuis 5 ans, un carcinome canalaire infiltrant du sein droit triple négatif (récepteurs oestrogène, progestérone et HER-2 négatif) il y a 2 ans traité par tumorectomie & procédure du ganglion sentinelle axillaire droit suivie d'une courte chimiothérapie et de radiothérapie, et un adénocarcinome endométrioïde de l'utérus traité par chirurgie puis radiochimiothérapie il y a 1 ans.

Son frère est en cours de traitement pour un cancer du rectum métastatique, et sa sœur a été prise en charge à l'âge de 35 ans pour un cancer de l'ovaire.

L'interrogatoire retrouve une installation progressive des troubles digestifs depuis plusieurs semaines et le développement de la fièvre depuis 24h. Par ailleurs, une seule miction de faible abondance il y a 10 heures. TA = 75/35 mmHg. FC = 120 c/min. Sao2 = 95% en air ambiant. T°c = 39.5°C. Fréquence respiratoire = 15 /min. Marbrures visibles au niveau des genoux. L'examen clinique abdominal retrouve une distension abdominale aérique sans signe de contracture ou de défense. L'auscultation pulmonaire est libre. L'auscultation cardiaque permet d'identifier, outre une tachycardie régulière, un petit souffle mitral diastolique.



Question 1 : Quelle situation clinique devez-vous rapidement prendre en charge ? Quels signes cliniques de cette complication retrouvez-vous dans cette observation

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Choc septique        | 5   |
| Collapsus tensionnel | 2   |
| Marbrures            | 2   |
| Oligurie             | 2   |
| Tachycardie          | 2   |
| Fièvre               | 2   |
| Total                | /15 |

Question 2 : Quelle est traitement dans l'immédiat pour la prise en charge spécifique de cette complication ?

|   |     |
|---|-----|
| Hospitalisation en urgence.   | 2   |
| En réanimation ou USI   |     |
| Pronostic vital en jeu  | 2   |
| Conditionnement :   |     |
| - repos au lit  |     |
| - pose de voie veineuse périphérique ou voie veineuse centrale.   | 2   |
| - prévention des complications de décubitus.  | 2   |
| - pose de sonde urinaire, surveillance de la diurèse  |     |
| Traitement symptomatique  |     |
| - Maintien de constantes hémodynamiques avec  | 2   |
| o Remplissage avec des solutés  | 2   |
| o Si besoin, amines vasopressives   | 2   |
| - Traitement avec <u>antibiothérapie probabiliste à large spectre sur les germes digestifs</u> puis adaptée à l'antibiogramme | 2   |
| - Après prélèvements bactériologiques : hémocultures répétées et ECBU   | 2   |
| - Exemple beta-lactamines + aminosides, ou piperacilline-tazobactam   |     |
| Surveillance de la tolérance et de l'efficacité des traitements.  | 2   |
| Total   | /20 |
| PS : Pour le syndrome occlusif, à jeun, sonde nasogastrique et avis chirurgie viscérale pour le syndrome occlusif             |     |

Question 3 :

Citez (sans justifier) les 4 principales causes possibles de syndrome occlusif chez cette patiente ?

|   |    |
|---|----|
| <u>Carcinose péritonéale</u> d'origine mammaire ou endométriale                   | 2  |
| Compression intestinale liée à une <u>rechute locale</u> du cancer de l'endomètre | 2  |
| <u>Cancer du colon-rectum</u> avec sténose occlusive                              | 2  |
| Occlusion sur <u>brides</u>   | 2  |
| Total   | /8 |

Question 4 :

Les hémocultures reviennent positives à *Enterococcus faecalis*. Quelle est la porte d'entrée et le mécanisme le plus probable ?

|  |     |
|--|-----|
| Porte d'entrée digestive intestinale par   | 5   |
| translocation bactérienne  | 5   |
| de la lumière intestinale vers le sang   |     |
| En raison de la distension intestinale sur occlusion, ou sur un processus tumoral<br>(les 2 sont acceptés) | 5   |
| Total  | /15 |

Question 5 :

Le traitement que vous avez initié a permis de résoudre le syndrome occlusif.

Un examen d'imagerie est réalisé. L'image suivante vous est montrée. Décrivez-la.

|   |     |
|---|-----|
| Scanner abdomino-pelvien                              | 2   |
| Coupe transversale                                    | 2   |
| A la hauteur des ailes iliaques                       |     |
| Avec injection de produits de contraste iodé          | 2   |
| Et avec opacification digestive                       | 2   |
| Masses bien limitées                                  | 2   |
| homogènes   |     |
| isodenses   |     |
| développée au contact de la paroi abdominale          | 2   |
| compatibles avec des masses de carcinose péritonéale. | 5   |
| Total   | /17 |

Question 6 :

L'épisode actuel et les antécédents personnels et familiaux de la patiente peuvent orienter vers un ou des facteurs de risques génétiques. Citez-les.

|  |     |
|--|-----|
| Mutation BRCA 1 ou BRCA2   | 5   |
| Car cancer du sein chez la patiente et cancer de l'ovaire chez la sœur                       |     |
| Syndrome de Lynch (ou HNPCC)   | 5   |
| Car cancer du sein et cancer de l'utérus chez la patiente, et cancer du rectum chez le frère |     |
| Total  | /10 |

Question 7 :

Un traitement par chimiothérapie est débuté. Six mois après la patiente présente des douleurs importantes de la hanche droite malgré les antalgiques de palier à dose maximale. L'imagerie par scintigraphie osseuse retrouve des lésions ostéolytiques de l'aile iliaque droite et du rachis. Vous évoquez naturellement l'origine néoplasique à ces lésions. Cette hypothèse est confirmée par une biopsie des lésions osseuses montrant des cellules d'adénocarcinome.

Citez les traitements pouvant être spécifiquement mis en œuvre pour soulager la patiente (outre l'adaptation du traitement anti-cancéreux) :

|   |     |
|---|-----|
| Antalgiques de palier 3 à adapter à l'EVA                       | 5   |
| Biphosphonates (ou denosumab) en l'absence de contre-indication | 5   |
| Radiothérapie antalgique  | 5   |
| Cimentation par voie radiologique                               |     |
| Total   | /15 |