

# ECN BLANC du 29 MARS 2012

## CORRECTIONS

### CAS CLINIQUE N° 1 (Dr Gilles BOSCHETTI et Pr Stéphane NANCEY)

Monsieur A..... âgé de 61 ans vient vous voir en consultation car il se plaint de douleurs épigastriques depuis un mois. Il s'agit de crampes abdominales survenant quelques heures après les repas et qui l'obligent parfois à se lever la nuit pour manger ce qui soulage partiellement les douleurs. Monsieur A... n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'un tabagisme actif évalué à 15 paquets-années et de lombalgies à caractère mécanique qu'il traite épisodiquement par des comprimés de diclofenac.

L'examen clinique est normal en dehors d'une surcharge pondérale modérée.

#### Question N°1

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique et comment la confirmez-vous ?  
Quel diagnostic différentiel extra-digestif devez-vous évoquer dans ce contexte et comment l'éliminer ?

**Principale hypothèse : ulcère gastrique ou duodéal (3 points).....**

**Car douleur ulcéreuse typique :**

- crampes épigastriques postprandiales tardives (1 point).....
- calmées par l'alimentation (1 point).....

**Normalité de l'examen clinique.....**

**Facteurs de risque :**

**Prise régulière d'AINS...(1 point).....**

**Tabagisme actif...(1 point).....**

**Confirmation par la réalisation d'une fibroscopie oeso-gastro-duodénale...(3 points)**

- avec biopsies antrales systématiques pour examen anatomopathologique et recherche d'une infestation par *Helicobacter pylori* (1 point)
- biopsies multiples des berges de l'ulcère en cas d'ulcère gastrique (pour éliminer un cancer gastrique ulcéroforme. (1 point)

**Le principal diagnostic différentiel à éliminer est une douleur d'origine cardiaque de type syndrome coronarien aigu (angor instable ou IDM) notamment dans le territoire inférieur...(3 points)**

**A évoquer devant le terrain : homme de 61 ans fumeur en surcharge pondérale.....**

**A éliminer par :**

- Examen cardio-vasculaire complet.....NC
- ECG.....(1)
- Epreuve d'effort.....(1)
- +/- Echographie cardiaque et enzymes cardiaques.....NC

*Votre principale hypothèse diagnostique est confirmée et vous entreprenez le traitement recommandé dans cette situation. Malgré celui-ci, Monsieur A... revient vous voir 1 mois et demi après car il n'est toujours pas soulagé.*

### **Question N°2**

Quelles sont les principales hypothèses à évoquer en cas de non efficacité du traitement de première intention ?

- **Mauvaise observance du traitement +++.....(1).....**
- **Résistance primaire d'*Helicobacter pylori* aux antibiotiques si infection par *HP* associée à l'ulcère (nécessité alors de réaliser des biopsies avec mise en culture pour antibiogramme)...(1).....**
- **Récidive précoce.....(1).....**
- **Poursuite du tabagisme.....(1).....**
- **Poursuite des traitements gastro-toxiques comme les AINS.....(1).....**
- **Ulcéro-cancer gastrique passé inaperçu lors des premières biopsies...(1)**
- **Syndrome de Zollinger-Ellison.....(1).....**

*Vous perdez de vue Monsieur A... pendant plus de 5 ans. Celui-ci revient vous voir pour une altération de l'état général avec perte de 5 kg en 6 mois. A l'interrogatoire Monsieur A... décrit une réapparition épisodique des douleurs épigastriques pour lesquelles il prenait un traitement anti-acide « à la demande ». Ce dernier n'est aujourd'hui plus efficace avec des douleurs épigastriques qui sont maintenant permanentes et une perte d'appétit.*

### **Question N°3**

Comment complétez-vous l'interrogatoire et l'examen clinique à ce stade ?

#### **Interrogatoire :**

- **Antécédents personnels et familiaux notamment de néoplasie (1).....**
- **Habitudes toxiques...(1).....**
- **Prise de médicaments (antalgiques, gastrotoxiques, anticoagulants...).(1)**
- **Enquête alimentaire...(1).....**
- **Troubles du transit.....NC**
- **Dysphagie, vomissement...(1).....**
- **Hémorragie digestive extériorisée...(1).....**
- **Signes paranéoplasiques (fièvre, thrombose veineuse...).(1).....**
- **Evaluation de l'index de performance OMS...(1).....**

#### **Examen clinique complet :**

- **Poids et taille (calcul du BMI et % de perte de poids)...(1).....**
- **Palpation des aires ganglionnaires (ganglion de Troisier ++)...(1).....**
- **Examen abdominal recherchant :**
  - **hépatomégalie dure et/ou nodulaire...(1).....**
  - **masse abdominale.....(1).....**
  - **épanchement intra-abdominal.....**
- **Toucher rectal (recherche de nodule de carcinose péritonéale et de saignement digestif)...(1).....**
- **Examen cardio-pulmonaire (terrain tabagique).....**

- **Toucher vaginal chez la femme à la recherche de métastase ovarienne (tumeur de Krukenberg).....NC car homme !!**
- **Palpation osseuse à la recherche de lésions secondaires.....NC**

*Pendant l'examen, Monsieur A... vous rapporte qu'il a vu apparaître depuis 2 mois environ des tâches brunes en relief au niveau de la nuque, des aisselles et des plis de l'aîne. Ces lésions ne sont pas douloureuses, elles ne sont pas prurigineuses mais donnent l'impression au patient « d'être constamment sale aux yeux des autres comme si (il) ne se lavais pas... »*

### **Question N°4**

Quel diagnostic devez-vous évoquer devant ces lésions dermatologiques ?

Dans quel autre contexte pathologique que celui de Monsieur A... retrouve-t-on fréquemment ces lésions ?

**Le diagnostic le plus probable est celui d'acanthosis nigricans...(3).....**

**Dans le cadre d'un syndrome para-néoplasique du cancer de l'estomac...(1).....**

**L'acanthosis nigricans est retrouvé beaucoup plus fréquemment dans un contexte de diabète insulino-résistance et/ou obésité.....(1)**

*Les éléments cliniques vous conduisent à suspecter un cancer de l'estomac qui est confirmée par une gastroscopie sous anesthésie générale qui retrouve une lésion ulcéro-bourgeonnante très suspecte de 4 cm située au niveau de l'antré. Les biopsies de cette lésion retrouvent un adénocarcinome.*

### **Question N°5**

Quels examens complémentaires demandez-vous pour compléter le bilan de cette lésion néoplasique (justifiez)?

**Scanner thoraco-abdo-pelvien avec injection de produit de contraste (en l'absence de contre-indication à l'iode) pour évaluation du volume tumoral, des ganglions régionaux ou à distance, d'une éventuelle extension tumorale aux organes adjacents (carcinose) et recherche de métastases...(2).....**

**Echo-endoscopie gastrique pour préciser l'envahissement pariétal et l'existence de ganglions péri-tumoraux (+/- carcinose localisée)...(2).....**

**Echographie abdominale à la recherche de métastases hépatiques en cas de doute sur le scanner (sensibilité ++).....NC**

**TOGD non systématique ayant surtout un intérêt en cas de lésion infranchissable par l'endoscope...(1).....**

**+/- échographie des creux sus-claviculaires si doute sur ganglion de Troisier .....NC**

**Scintigraphie osseuse et scanner cérébral ne seront demandés qu'en cas de signes d'appel cliniques.....NC**

**Numération formule plaquettes à la recherche d'une anémie.....NC**

**Bilan préopératoire standard (NFP, ionogramme sanguin avec urée et créatininémie, groupage sanguin, bilan de coagulation, ACI et ECG).....(1).....**

**Bilan de l'état nutritionnel par albuminémie, préalbuminémie...(1).....**

**Bilan hépatique à la recherche de perturbations en faveur de lésions secondaires hépatiques.....**

**Marqueurs tumoraux (ACE) en pré thérapeutique pour le suivi de la maladie mais restent optionnels.....NC**

**Echographie cardiaque, consultation cardiologique et épreuves fonctionnelles respiratoires en bilan pré-thérapeutique d'opérabilité +/- chimiothérapie...(2).....**

*A l'issue du bilan de ce cancer de l'estomac, il est proposé en réunion de concertation pluridisciplinaire à Monsieur A... une prise en charge médico-chirurgicale associant une gastrectomie des 4/5<sup>ème</sup> et un traitement péri-opératoire par chimiothérapie de type LV5-FU2 Cisplatine (3 cures de chimiothérapie avant et 3 cures après la chirurgie).*

*Monsieur A... accepte cette stratégie thérapeutique mais est très inquiet des effets secondaires de la chimiothérapie en particulier les vomissements.*

### **Question N°6**

Que lui répondez-vous s'agissant des principaux effets secondaires du cisplatine ?

Quels sont les traitements dont vous disposez en cas de vomissements induits par cette chimiothérapie (avec les posologies) ?

- **Troubles digestifs : nausées et vomissements ++.....(2).....**
- **Troubles hématologiques : neutropénie, thrombopénie, anémie (1)**
- **Néphrotoxicité ++... (1).....**
- **Troubles neurologiques : neuropathie périphérique à type de paresthésies... (1).....**
- **Ototoxicité... (1).....**

**Le cisplatine est une chimiothérapie hautement émétisante.....**

**Le traitement anti-émétique devra associer :**

- **Antagonistes sélectifs des récepteurs NK1 de la substance P type aprépitant.....**  
**Posologie : 1 comprimé de 125 mg per os à J1 de la cure puis 80 mg à J2 et J3...(2).....**

- **Antagonistes des récepteurs 5HT3 de la sérotonine (sétrons).....**  
**Posologie : Ondanséron intra veineux 8 mg maximum toutes les 8 heures (traitement à poursuivre systématiquement pendant 3 à 5 jours après la chimiothérapie par un relai per os 4 à 8 mg toutes les 12 heures)...(2).....**

- **Antagonistes dopaminergiques type métoclopramide.....**  
**Posologie : Métoclopramide 10 mg par voie intra veineuse ou orale toutes les huit heures ou 10 mg par voie orale toutes les 8 heures...(2).....**

- **Corticothérapie...(2).....**  
**Posologie : Méthylprédnisolone 60 mg IV tous les jours pendant la cure puis éventuellement relai par corticothérapie orale Prednisolone 20 mg deux comprimés le matin pendant 2 jours puis 1 comprimé pendant 2 jours après chaque cure.**

- **Discuter l'adjonction d'anxiolytiques compte tenu de l'angoisse forte du patient et du risque de nausées anticipatoires.....(1).....**

Monsieur A... est finalement opéré d'une gastrectomie des 4/5<sup>ème</sup> après les 3 cures de chimiothérapie prévues en pré-opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce de gastrectomie retrouve un adénocarcinome gastrique moyennement différencié classé pT3N1M0. La fille de Monsieur A... prend rendez-vous avec vous alors que son père est encore hospitalisé, elle est très inquiète et vous demande des renseignements concernant la gravité de la maladie de son papa.

### **Question N°7**

Que lui répondez-vous concernant son Papa ?

Quel examen préconisez-vous à la fille de Monsieur A... concernant la prévention de cette pathologie ?

Quel traitement doit-on lui prescrire si la recherche s'avère positive (sans la surveillance) ?

**Les informations concernant la maladie de Monsieur A... sont couvertes par le secret médical et vous ne devez pas divulguer des informations concernant son état de santé ou son pronostic sans l'accord préalable du patient...(3).....**

**En revanche si Monsieur A... est d'accord vous pouvez informer sa fille qu'il s'agit d'une pathologie néoplasique grave avec un risque important de récurrence (50% de décès à 5 ans environ dans le contexte de Monsieur A...)...(2).....**

**Dépistage recommandé chez les apparentés au 1<sup>er</sup> degré...(3).....**

**Recherche par gastroscopie (+ biopsies antrales) d'une infection par *Helicobacter pylori*...(3)**

**Eradication d'*Helicobacter pylori* si recherche positive :**

- **Tri thérapie associant deux antibiotiques (Amoxicilline 2 g + Clarithromycine 1 g ou Metronidazole 1g si allergie à l'amoxicilline) et un inhibiteur de la pompe à protons à double dose type Oméprazole 20 mg deux fois par jour pendant 7 jours.....(4).....**
- **Alternative : traitement séquentiel non encore officiellement recommandé mais probablement plus favorable en terme de réponse antibactérienne associant un inhibiteur de la pompe à protons à double dose type Oméprazole 20 mg deux fois par jour pendant 10 jours à l'Amoxicilline 2g/j pendant les 5 premiers jours puis à la Clarithromycine 1 g/j et au Metronidazole 1g/j pendant les 5 jours suivant.....**

*3 mois ½ après sa chirurgie de l'estomac Monsieur A... revient vous voir pour deux problèmes :*

*- Le premier concerne des épisodes de malaises sans perte de connaissance avec sueurs, pâleur, douleur abdominale, nausées et diarrhée survenant vers la fin des repas. Monsieur A... a remarqué que ces malaises sont surtout déclenchés par la prise d'aliments riches en sucre et qu'au contraire ils sont atténués si il s'allonge rapidement après le début de leur survenue.*

*- Le deuxième concerne la découverte sur sa dernière prise de sang d'une anémie à 10g/l.*

### **Question N°8**

Quel est le diagnostic le plus probable concernant les épisodes de malaise de Monsieur A..., comment confirmez-vous ce diagnostic et quelle prise en charge lui proposez-vous ?

**Le diagnostic à évoquer en priorité est celui d'un Dumping syndrome devant : (3).....**

- **Atcd de gastrectomie...(1).....**
- **Malaises survenant en fin de repas.....(1).....**
- **Association avec des troubles digestifs et vasomoteurs (sueurs)...(1)...**
- **Déclenchement surtout par la prise d'aliments sucrés...(1).....**
- **Amélioration par le repos allongé...(1).....**

**Le diagnostic de Dumping syndrome est clinique et aucun examen paraclinique n'est nécessaire à ce stade...(1).....**

**La prise en charge est avant tout nutritionnelle...(1).....**

- **Fractionnement des repas.....(1).....**
- **Limitation des aliments contenant des sucres « rapides »...(1).....**
- **Intérêt discuté d'un décubitus post-prandial précoce.....NC**

### **Question N°9**

Quelles sont les 2 étiologies les plus probables concernant l'anémie présentée par Monsieur A... ? (Justifiez brièvement)

**La cause la plus fréquente d'anémie post-gastrectomie partielle est l'anémie ferriprive (2)...**

- **Par carence d'apport compte tenu des modifications du régime alimentaire...(1).....**
- **Par perte sanguine compte tenu de la fréquence des ulcérations anastomotiques et au niveau du moignon gastrique...(1).....**

**La deuxième cause à évoquer est l'anémie par carence en folates (vitamine B9).....(2)**

- **Par carence d'apport compte-tenu des modifications du régime alimentaire.....(1).....**
- **Réserves en B9 limitées.....NC**

**La carence en B12 est exceptionnelle en cas de gastrectomie partielle et elle ne survient jamais dans les quelques mois suivant la gastrectomie compte tenu de réserves de l'organisme de 1 à 3 ans environ.**

## DOSSIER CLINIQUE N° 2 – Pr Pascal SEVE

Une femme de 82 ans est adressée en consultation pour une fièvre oscillante à 38,7°C évoluant depuis un mois et une toux sèche survenant volontiers par quintes. Ses antécédents personnels sont une appendicetomie dans l'enfance et une hypertension artérielle essentielle traitée par Ramipril (TRIA TEC®) 1,25 MG/l depuis 2 ans. Elle a des antécédents familiaux de diabète non insulino-dépendant et d'hypertension artérielle chez son père. Elle n'a jamais fumé.

Elle a maigri de 3 kg en 15 j (poids 68 kg pour 1,65 m). L'examen clinique ne retient que l'abolition du pouls radial droit et la perception d'un souffle artériel sous-clavier droit. Les autres pouls périphériques sont présents et il n'y a pas de souffle sur les autres axes artériels. L'auscultation pulmonaire est normale. Les aires ganglionnaires sont libres, il n'y a pas d'organomégalie.

Son médecin traitant a effectué le bilan suivant :

- hémoglobine à 9,9 g/dl, VGM à 89 fl, leucocytes à 9 700/mm<sup>3</sup>, polynucléaires neutrophiles à 7 200/ mm<sup>3</sup>, éosinophiles à 368/ mm<sup>3</sup>, plaquettes à 450 000/ mm<sup>3</sup>.
- VS à 80 mm à la première heure, CRP : 165 mg/l, fibrinogène à 9 g/l.
- créatinine à 72 µmol/l, glycémie à 5,7 mmol/l.
- ASAT : 23 UI/l, ALAT : 25 UI/l, γGT : 183 UI/l, phosphatases alcalines : 181 UI/l, bilirubine totale : 11 µg/l, absence de dyslipidémie.

Les urines et les hémocultures sont stériles. L'IDR est mesurée à 5 mm mais la radiographie pulmonaire montre les séquelles apicales d'une tuberculose survenue à l'âge de 20 ans et qui a été traitée pendant 3 mois par streptomycine seule. La radiographie des sinus est normale.

### QUESTION 1 (10 points)

Comment qualifieriez-vous cette fièvre et quels en sont les principaux cadres étiologiques ?

- **Fièvre prolongée** puisqu'elle évolue depuis plus de 3 semaines ..... 2 points
- **Maladies infectieuses** : tuberculose, les endocardites à hémocultures négatives, brucellose..... 3 points
- **Néoplasies** : cancers solides (rein par exemple), hémopathies (notamment les lymphomes)..... 3 points
- **Maladies inflammatoires ou systémiques** : vascularites (panartérite noueuse, maladie de Horton)..... 2 points

### QUESTION 2 (20 points)

Quelle étiologie évoquez-vous en premier lieu ? Quels examens demandez-vous pour confirmer le diagnostic et à la recherche de quelles anomalies ?

- |   |           |
|---|-----------|
| • Maladie de Horton.....  | 10 points |
| • Une fièvre chronique chez une patiente âgée.....  | NC        |
| • Avec une toux sèche quinteuse.....  | NC        |
| • Un souffle sous-clavier.....  | NC        |
| • Un syndrome inflammatoire.....  | NC        |
| • Avec une cholestase anictérique.....  | NC        |
| • Doivent faire évoquer ce diagnostic.....  | NC        |
| • Une biopsie d'artère temporale .....  | 3 points  |
| - Coté guidé par la clinique.....   | NC        |
| - Examen anatomopathologique.....   | 2 points  |
| - Panartérite segmentaire.....  | 2 points  |
| - Présence de cellules géantes.....   | 3 points  |
| - rupture de la limitante élastique interne et sans nécrose fibrinoïde.....   | NC        |
|   |           |
| • PS : Le souffle sous clavier sera exploré par un écho-doppler des troncs supra-aortiques. Dans la maladie de Horton il montre à la phase active une paroi artérielle épaissie circonférentiellement avec un halo hypoéchogène et/ou des occlusions ou sténoses artérielles circonférentielles et régulières (contrairement aux lésions athéromateuses). L'écho-doppler peut également être utile pour guider la biopsie d'artère temporale. |           |
| • En raison de la toux, un scanner thoracique doit être proposé à la recherche d'une aortite, d'une atteinte artérielle pulmonaire, de lésions parenchymateuses de la maladie de Horton et surtout des lésions tuberculeuses actives. Il conviendra également de réaliser des recherches de BK dans les crachats ou par tubage.   |           |

### QUESTION 3 (10 points)

Quelles sont chez cette patiente les trois hypothèses que vous évoquer en premier lieu pour expliquer la toux ?

Quel test thérapeutique pouvez-vous faire pour en éliminer une ?

- |  |          |
|--|----------|
| • Pour expliquer la toux 3 hypothèses peuvent être avancées :  |          |
| → la maladie de Horton.....  | 2 points |
| → une toux liée aux IEC.....   | 2 points |
| → une reprise évolutive de la tuberculose.....   | 4 points |
|  |          |
| • L'arrêt du Ramipril et son remplacement par exemple par un ARA II peuvent être un test diagnostique si la toux disparaît à l'arrêt de l'IEC..... | 2 points |



#### QUESTION 4 (25 points)

Quels traitements (classe médicamenteuse, DCI) allez-vous débiter et à quelles posologies ?  
Compte tenu des antécédents, quelles mesures et adaptations thérapeutiques allez-vous associer ?

- |  |            |
|--|------------|
| • Corticothérapie par voie orale (prednisone) .....  | 3 points   |
| - à la posologie de 0,7 à 1 mg/kg .....  | 3 points   |
| - <b>sans attendre les résultats de la biopsie d'artère temporale</b> car le risque de complications aiguës et irréversibles (ophtalmologiques) domine le pronostic..... | 2 points   |
| • <b>Anti-agrégant plaquettaire par aspirine à la dose de 75 à 250 mg/jour</b> .....   | 2 points   |
| -doit également être prescrit en raison de l'atteinte vasculaire .....   | NC         |
| • Prophylaxie antituberculeuse.....  | 3 points   |
| -Isoniazide (6 mois) ou isoniazide et rifampicine.....   | 2 points   |
| -En raison des antécédents de BK et en l'absence d'argument pour une tuberculose active (recherche de BK crachats négative).....   | NC         |
| - <b>Oubli des anti-BK</b> .....   | - 5 points |
| • La rifampicine étant un inducteur enzymatique, la posologie de la corticothérapie doit être majorée de 25 % à 30 % .....   | NC         |
| • <b>Les mesures d'accompagnement de la corticothérapie</b> : .....  | 2 points   |
| - un régime sans sel.....  | 2 points   |
| - sans sucre à absorption rapide.....  | 2 points   |
| - la prescription de potassium.....  | NC         |
| -Supplémentation vitaminocalcique.....   | 2 points   |
| -Biphosphonates .....  | 2 points   |

#### QUESTION 5 (15 points)

Une semaine après le début du traitement, la patiente présente une cécité de l'œil droit. Quelle est l'étiologie de cette cécité ? Quelle est votre attitude pratique ?

- |   |          |
|---|----------|
| • Occlusion de l'artère centrale de la rétine/Ischémie aiguë de la tête du nerf optique responsable/Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (si un des 3) ..... | 4 points |
| • Complication thrombotique de la maladie de Horton ou maladie de Horton compliquée.....  | 3 points |
| • Peut être favorisée par la mise en place de la corticothérapie en l'absence de traitement anti-agrégant/anticoagulant associé.....                                    | NC       |
| • Hospitalisation en urgence.....   | 2 points |
| • <b>Bolus de méthylprednisolone</b> (15 mg/kg ou dose plus faible compte tenu du terrain) intraveineux trois jours de suite .....                                      | 2 points |
| • Puis <b>corticothérapie par prednisone (CORTANCYL®)</b> : 1 mg/kg/j).....   | 2 points |
| • Anticoagulation à visée hypocoagulante.....   | 2 points |

**QUESTION 6 (10 points)**

Après 15 jours de traitement bien suivi, la toux, la fièvre ont disparu et la cécité de l'œil droit persiste. L'amaigrissement s'est amplifié avec une perte supplémentaire de 3 kg alors que paradoxalement, l'appétit s'est amélioré. Elle dit boire et uriner fréquemment.

Quelle complication suspectez-vous et quel traitement allez-vous mettre en route ?

- |   |          |
|---|----------|
| • Diabète :.....                                      | 3 points |
| Cortico-induit.....                                   | 2 points |
| • Après confirmation par les mesures glycémiques..... | 2 points |
| • Insulinothérapie.....                               | 3 points |

**QUESTION 7 (10 points)**

Six semaines après le début du traitement apparaissent des douleurs puis une éruption érythématovésiculeuse intéressant la région cervicale droite, le moignon de l'épaule droite et s'étend jusqu'au sein droit.

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel traitement mettez-vous en place ?

- |  |          |
|--|----------|
| • Il s'agit d'un zona multimétamérique.....  | 3 points |
| - favorisé par la corticothérapie.....   | NC       |
| • Hospitalisation :.....   | 3 points |
| - <b>acyclovir (ZOVIRAX®) par voie intraveineuse 10 mg/kg/8h pendant 10 jours.....</b> | 4 points |

## DOSSIER CLINIQUE N° 3 – Pr François GOLFIER

*(2 points bonus présentation / compréhension)*

Une femme de 29 ans, deuxième geste (une césarienne à 40 SA pour stagnation de la dilatation à 5 cm en 2009), à 31 SA se présente aux urgences pour « un gonflement des jambes depuis 2 jours, c'est moche Docteur ! ».

Le suivi de la grossesse était jusqu'alors sans particularité.

Elle est immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose. Les sérologies VIH, VHC, VHB et syphilitique sont négatives. Le test OMS de dépistage du diabète gestationnel est normal. Elle est de groupe O négatif.

Les échographies du premier et du deuxième trimestre sont normales.

La hauteur utérine est à 24 cm. La TA est à 165/100, T° 36.8C, FC = 88. Les bruits du cœur fœtal sont présents.

La bandelette urinaire retrouve : protéinurie : +++, leucocyturie : +, nitrites : ++, glycosurie : 0, cétones : 0

### Q1. Quel est votre diagnostic ? Justifiez (15)

-Pré éclampsie sévère (5) avec cystite aiguë (2), dans un contexte de probable RCIU (5)

-Arguments : (3 si tous mis) : PE : HTA, Protéinurie

Cystite : nitrites et leuco à la BU

RCIU : HU à 25 cm à 30 SA

Sévère : car TA  $\geq$  16/11

### Q2. Quel bilan clinique et paraclinique réalisez vous aux urgences ? (16)

-Monitage cardio-tensionnel / dynamap (1)

Clinique : recherche de signes de gravité :

- Recherche d'OAP (auscultation pulmonaire, saturation en O<sub>2</sub>) (1)

- Recherche de signes fonctionnels d'HTA : céphalées, phosphènes (1)

- Recherche d'hyper réflexie (1)

- Recherche de barre épigastrique (1)

- Diurèse, poids, Bilan entrée / sortie

Biologie :

- Bilan préopératoire (1)

- CRP (1)

- Recherche HELLP (1): Bilan hépatique complet, NFS, plaquettes, LDH, schizocytes, haptoglobine (1 si détails)

- Hémostase : TP, TCA, fibrinogène, Groupe rhésus

- Ionogramme sanguin, créatininémie (1), albuminémie, uricémie (1)

- Recueil des urines pour diurèse (1), protéinurie des 24 heures (1) et ECBU (1)

Fœtus :

-RCF (1)

-Echographie obstétricale (1) : biométries, liquide amniotique, doppler

Sur le plan de l'infection urinaire : recherche de contact lombaire, de SFU

### Q3. Quelle prise en charge préconisez vous pour cette patiente ? (15)

- Hospitalisation en maternité de niveau adapté à l'âge gestationnel et au poids estimé du fœtus (1)
- Voie veineuse périphérique (1)
- Maturation pulmonaire fœtale par **corticothérapie** (4) / bétaméthasone / Céléstène® 12mg IM à renouveler à 24 h (1)
- Traitement anti-hypertenseur** (3) par inhibiteur calcique ou béta-bloquant (2 si un des deux) *sans faire chuter la TA trop et trop rapidement* (1)
- **Antibiothérapie** (1): C3G / Oroken 200 mg x 2/jours pendant 7 jours
- Surveillance** maternelle (1) clinique, biologique et surveillance fœtale du RCF (1)
- Mesures associées** : repos, décubitus latéral gauche, bas de contention
- gammaGlobulines anti D/ Rophylac 300 microg, si non encore fait.

**Q4. Le diagnostic est confirmé. La situation est stabilisée. La protéinurie des 24h est mesurée à 3,5g. Le reste du bilan et des éléments de surveillance est rassurant. Le surlendemain, la patiente se plaint de céphalées rebelles et de l'apparition de contractions douloureuses permanentes, sans période de repos entre les contractions.**

**Quels sont les 2 premiers diagnostics à évoquer ? (12) (0 si pas HRP)**

1. Hématome rétro-placentaire (8)
2. Rupture utérine (4)

### Q5. Quelle est votre prise en charge si le diagnostic le plus probable est confirmé ? (27)

- Extraction fœtale par césarienne, en extrême urgence, (10) sous AG

#### Clinique :

- Mesure de la pression artérielle, recherche de signes de choc (1)
- Recherche de signes fonctionnels d'HTA
- Palpation abdominale (contracture) (1)
- Saignements
- ROT (1).

#### Biologique en urgence (2) :

- Recherche de HELLP syndrome : NFS, BHC, plaquettes, LDH, haptoglobine, schizocytes
- Hémostase : TP, TCA, fibrinogène,
- Ionogramme sanguin, créatininémie, uricémie
- Bilan pré opératoire (1)

#### Fœtus :

- RCF (2)
- Echographie obstétricale : vitalité fœtale, décollement placentaire (1), déhiscence de cicatrice (1)

#### **- Sulfate de magnésium (2) en prévention de la crise d'éclampsie.**

- $\gamma$  globulines anti D dans les 72 h (5)
- Poursuivre l'antibiothérapie pour l'infection urinaire
- Surveillance en post partum ++

### 6. Quelle est la complication hématologique à redouter ? Quel est son 1<sup>er</sup> stigmatisme biologique ? (15)

- Coagulopathie (CIVD ou fibrinolyse) (10)
- Effondrement du fibrinogène (5)