

ENONCE

Monsieur X, 68 ans, est adressé pour fièvre, dyspnée brutale et hyperleucocytose. Il a comme antécédents une hypertension artérielle traitée par un inhibiteur de l'enzyme de conversion, une hypercholestérolémie traitée par statine. Une fracture de jambe (accident de ski) traitée chirurgicalement il y a 8 ans et une cholécystectomie pour lithiase il y a 3 ans. Depuis 2 ans, il est sujet à des sinusites et des angines à répétition. Sur le plan familial, son père a eu 2 infarctus du myocarde mais est toujours en vie. Sa mère a été opérée et traitée pour un cancer du sein et est en rémission depuis 5 ans. Il est fonctionnaire à la retraite, marié, père de 3 enfants en bonne santé. Il rapporte un tabagisme à 20 paquets-années mais ne consomme pas d'alcool. L'histoire actuelle est celle d'une fièvre entre 39 et 40°C depuis 24 heures, apparue brutalement et qui s'accompagne d'une dyspnée au moindre effort. Il s'agit du troisième épisode fébrile depuis 3 mois, traité par 3 jours de prednisone et 8 jours d'un macrolide. L'interrogatoire apprend qu'une augmentation des globules blancs avait été signalée lors de la cholécystectomie mais le patient n'y avait pas donné suite. Sur le plan clinique, l'état général est altéré. La température est de 39,6°C. Il n'y a pas d'amaigrissement (poids 72 kg pour 1m70). L'auscultation fait constater un foyer de crépitations à la base gauche, des adénopathies axillaires droite et gauche de 2 et 3 cm, et cervicales jugulaires internes bilatérales de 2 cm. Ces adénopathies sont mobiles et indolores. Il n'y a pas d'hépatome ni de splénomégalie. Il n'y a pas de syndrome hémorragique. La tension artérielle est de 120/70 mm, la fréquence cardiaque régulière à 115/mn, la fréquence respiratoire de 21/mn. L'examen est normal sur les plans digestif, cardiologique et neurologique. Il n'y a pas d'ictère ni d'anomalie des téguments, pas de douleur des membres inférieurs. Les examens demandés en urgence reviennent avec les résultats suivants :

Hémogramme : GR : 3,85 T/l ; Hb : 145 g/L, hte : 28 %, VGM : 98,1 fL ; TCMH : 34 pg, CCHM: 30 % ; Leucocytes : 25,1 G/L (PNN : 15 %, PNE: 0 % ; PNB: 0%, lymphocytes : 83%, monocytes : 2%) ; Plaquettes : 153 G/L
Ionogramme : Na : 135 mEq/L, K : 3,8 mEq/L, Cl : 102 mEq/L, RA : 20 mEq/L, Protéines totales : 68 g/L, Phosphore : 1,02 mmol/L, Urée : 5,6 mmol/L, Créatinine : 82 micromol/L.
Gaz du sang : pH : 7,50, PO₂ : 8,7 kPa (65 mmHg), PCO₂ : 3,2 kPa (24 mmHg), Bicarbonates : 22 mmol/L, SaO₂ : 92 %
Bilan hépatique : ALAT 23 U/L (N < 35), ASAT 29 U/L (N < 35), Bilirubine totale : 12 micromol/L (2 - 17), Conjuguée : 2 micromol/L (1 - 6), Gamma-GT : 56 U/L (0 - 41), Phosphatases alcalines : 65 U/L (44 - 98)
Protides totaux : 68 g/L (albumine 40 g/L, alpha1 : 2 g/L, alpha2 : 10 g/L, bêta 12 g/L, gamma : 4 g/L).

QUESTION n°1

Quel problème médical urgent identifiez-vous chez ce patient à partir des éléments cliniques et biologiques de l'observation ? Quels examens paracliniques supplémentaires demandez-vous pour le problème respiratoire ?

QUESTION n°2

Une fois le problème d'urgence pris en charge, comment interprétez-vous les données cliniques et biologiques hématologiques ? Comment les confirmez-vous ?

QUESTION n°3

Quelle anomalie biologique explique l'infection et à quels types d'infection prédispose-t-elle ?

QUESTION n°4

Il n'est pas retenu de traitement à visée étiologique. Quelle surveillance instaurez-vous ?

Quelles sont les signes qui conduiraient à la mise en place d'un traitement?

QUESTION n°5

Un an après l'épisode aigu, le patient présente une dyspnée d'effort progressive avec asthénie importante.

Le bilan biologique montre les résultats suivants :

Hémogramme : GR : 2,85 T/l ; Hb : 77 g/L, hte : 28 %, VGM : 98,1 fL ; TCMH : 34 pg, CCHM: 30 % ; Leucocytes : 45,1 G/L (PNN : 25 %, PNE: 2 % ; PNB: 0%, lymphocytes : 71%, monocytes : 2%) ; Plaquettes : 143 G/L ; Réticulocytes: 220 G/L

Bilan hépatique : ALAT 33 U/L (N < 35), ASAT 27 U/L (N < 35), Bilirubine totale : 35 micromol/L (2 - 17), Conjugée : 2 micromol/L (1 - 6), Gamma-GT : 66 U/L (0 - 41), Phosphatases alcalines : 75 U/L (44 - 98)

LDH : 550 U/L (<290), Haptoglobine plasmatique < 0,1 g/L,

Dans ce contexte, quelle est la nature de l'anémie (justifier) et comment la confirmer?

QUESTION n°6

Le patient est alors traité par corticothérapie à la dose d'un mg/kg depuis 6 semaines et reçoit un traitement spécifique de la leucémie lymphoïde chronique. Il se présente aux urgences en raison d'une douleur du cou et du bras gauche à type de brûlure associée à une éruption le long de la face postérieure du bras et de l'avant-bras (Photographie ci-joint). La température est à 38°C. L'examen neurologique, pulmonaire est normal. Quel est votre diagnostic ? Quelle est la conduite à tenir sur les plans diagnostiques et thérapeutiques?



QUESTION 1 **17**Urgence :Pneumopathie / Pneumonie 5Examens paracliniques :Hémocultures 3Examen cytbactériologique des crachats 3Radiographie pulmonaire / Radiographie thoracique 3Antigénurie pour la légionnelle 3**QUESTION 2** **18**Interprétation :Syndrome lymphoprolifératif avec polyadénopathies 4Episodes infectieux répétés 2Hyperlymphocytose / Lymphocytose > 4,5 G/L 2Confirmation :Aspect monomorphe des lymphocytes / Lymphocytes matures 4Immunophénotypage des lymphocytes du sang 2Lymphocytes B 2CD5+ 2**QUESTION 3** **10**Hypogammaglobulinémie 5Infections bactériennes à germes encapsulés 2Streptococcus pneumoniae / Pneumocoque 2Haemophilus influenzae 1**QUESTION 4** **25**Examen clinique 2Recherche de complications infectieuses et de signe d'évolutivité 4Examen biologique 2Hémogramme et réticulocytes 4Ionogramme sanguin, bilan hépatique NCElectrophorèse des protéines sanguines NCBilan d'hémolyse si anémie NC

| | |
|--|------------|
| <u>Marqueurs d'évolutivité</u> | NC |
| Signes généraux : amaigrissement involontaire >10% poids du corps en 6 mois, fièvre>38°5C depuis 2 semaines, sueurs nocturnes depuis 1 mois sans preuve d'infection | 3 |
| Maladie volumineuse | 2 |
| Splénomégalie>16 cms ou progressive | 2 |
| Adénopathies>10 cms ou progressive | NC |
| Hépatomégalie | 2 |
| Lymphocytose progressive : >50% en 2 mois ou temps de doublement < 6 mois | 2 |
| Apparition d'une AHAI et/ou PTI résistante aux traitements | 2 |
| Défaillance progressive de la moelle osseuse : apparition ou aggravation d'une anémie ou d'une thrombocytopénie | 2 |
| QUESTION 5 | 13 |
| <u>Nature de l'anémie :</u> | |
| Anémie hémolytique, car : | 2 |
| Régénérative / Réticulocytes augmentés | 2 |
| Bilirubine libre élevée | 1 |
| Haptoglobine effondrée | 2 |
| Probablement autoimmune, car | 2 |
| Contexte | |
| <u>Examen complémentaire:</u> | |
| Test de Coombs : | 2 |
| Direct | 1 |
| QUESTION 6 | 15 |
| Zona | 5 |
| Cervico-brachial | 2 |
| Topographie C7 | 2 |
| Diagnostic clinique | 2 |
| Hospitalisation | 2 |
| Aciclovir intraveineux | 2 |
| QUESTION 7 | 2 |
| Bonus global | 0 a 2 |
| TOTAL | 100 |