

Cas clinique n° 1 - Questions

Mercredi 30/01 - A. Boyer

Patient de 53 ans

Adressé aux urgences suite à un appel de SOS médecin pour fièvre, asthénie majeure, dyspnée qui a commencé 2 jours auparavant, progressive avec toux grasse

ATCD d'alcool-tabagisme et de DNID avec Daonil (glibenclamide) 5mg le matin et Insulatard (LP) 10UI le soir. Il se bourre de doliprane (environ 4 à 5 prises par jour depuis 3 jours) à cause de la fièvre et d'une douleur thoracique sur le côté gauche en coup de poignard. Il n'a jamais été hospitalisé et vit avec sa femme et deux enfants. Il ne consulte presque jamais et n'a pas vu son médecin traitant depuis 6 mois selon sa femme.

L'infirmière des urgences mesure une température à 39°C, une PAS 120mmHg et diastolique 60mmHg, une fréquence cardiaque 135/mn, une fréquence respiratoire à 35/mn, une saturation à l'oxymètre de pouls (SpO₂) à 87% en air ambiant et la met sous oxygène au masque haute concentration. Le patient est en sueur.

30mn après son arrivée, vous prenez en charge ce patient. Le patient dit ne plus se souvenir qui a fait son ordonnance et veut retourner chez lui. La dyspnée est évidente (FR 40/mn), il présente des marbrures aux genoux, une tachycardie régulière (140/mn), PAS 95 mmHg, PAD 50 mmHg. L'examen du cœur et des vaisseaux est sans autre anomalie, notamment aucun souffle à l'auscultation cardiaque il existe des râles crépitants base gauche avec petit souffle tubaire. La SpO₂ est maintenant à 88%

QRM1

Concernant l'évaluation du patient selon les nouveaux critères de détection du sepsis « quick SOFA »

- A. Un foyer infectieux pulmonaire est fortement probable
- B. Le patient présente une hypotension artérielle
- C. Le patient présente un état de choc septique
- D. Le patient présente une polypnée
- E. Le patient présente une confusion mentale

QRM2

Parmi les hypothèses diagnostiques, vous pouvez retenir pour expliquer la dyspnée

- A. Une embolie pulmonaire
- B. Un pneumothorax
- C. Une pneumopathie communautaire aigue
- D. Une pneumopathie nosocomiale
- E. Un œdème aigu du poumon

QRM3

Cela fait une heure que le patient est arrivé. Le patient est sous masque à haute concentration, a été perfusé par 500ml de G5% avec 2g NaCl et vous prescrivez une radiographie thoracique en urgence. 30mn après la radio est faite et l'infirmière vous alerte car la PAS est à 60 mmHg, la PAD à 35 et la FC à 135/mn, la FR à 40/mn, la SpO2 à 65%. Le patient somnole et les marbrures se sont étendues.

A ce stade, quelle(s) est(sont) votre(os) première(s) décision(s) ?

- A. Vous demandez un scanner thoracique en urgence
- B. Vous appelez le réanimateur
- C. Vous remplissez avec 30 ml/kg de NaCl
- D. Vous réalisez une intubation orotrachéale et mettez en place une ventilation mécanique
- E. Vous remplissez avec 30ml/kg d'hydroxyethylamidon (HEA)

QRM5

Quelle(s) est(sont) la(es) erreur(s) de la prise en charge initiale ?

- A. Avoir réalisé une radiographie thoracique en urgence
- B. Ne pas avoir introduit d'antibiotique
- C. Ne pas avoir débuté de remplissage vasculaire
- D. Absence de mise ne place de voie veineuse centrale
- E. Avoir placé le patient sous oxygène au masque
- F. Ne pas avoir mis en place une épuration extra rénale

QRM6

Vous avez prescrit Cefotaxime IV 1g/8h + Erythromycine IV 1g toutes les 8 heures

Vous décidez de rajouter un traitement aminoglycoside (AG)

Quelles sont les assertions justes parmi les propositions suivantes ?

- A. Le marqueur d'efficacité des AGs est le ratio Pic/CMI
- B. L'aire sous la courbe est un critère de toxicité
- C. L'aire sous la courbe est un critère d'efficacité
- D. La toxicité rénale des AGs est de 25%
- E. La vallée recommandée avant de réinjecter la genta est de 2 mg/L
- F. On dose les AGs dans le sang 30 mn après le début de la perfusion

Le patient est sous sédation, calme, adapté au respirateur, sa PAS est à 80 mmHg, PAD 30 mmHg, est toujours marbré. Depuis qu'il a reçu une sonde urinaire (H2), la poche contient 50 ml d'urine foncée. Une échographie cardiaque par voie trans-thoracique montre une bonne cinétique VG (FEVG 70%) une estimation de la PAPS (pression artérielle pulmonaire systolique) à 30 mmHg, et l'absence d'argument pour une hypovolémie persistante. La FC est régulière et le scope sinusal, sans grosse variation respiratoire du signal de SpO2.

QRM7

La prise en charge hémodynamique doit comporter

- A. Aucun élément supplémentaire car la PAM > 60 mmHg
- B. Introduction de Noradrénaline pour obtenir une PAM > 65 mmHg
- C. Introduction de dopamine pour obtenir une PAM à 65 mmHg
- D. Mise en place d'une voie veineuse centrale
- E. Mise en place d'un cathéter artériel

QRM8

Nous sommes à J2. Devant cette hémoculture à *Staphylococcus aureus* meti-S et alors que le patient est encore choqué, sans aggravation par rapport à J1, que faites vous ?

- A. Vous désescaladez votre antibiothérapie à une pénicilline M
- B. Vous ne désescaladez pas tant que le patient est en choc
- C. Vous escaladez en rajoutant de la vancomycine
- D. Vous dosez la PCT pour voir si elle est inférieure ou supérieure à J1 avant de prendre quelque décision que ce soit
- E. Vous attendez J3 pour désescalader