

Dossier n° 5

Un homme de 33 ans est admis aux urgences suite à une crise convulsive survenue à domicile sous les yeux de sa compagne. A l'arrivée aux urgences, le patient est conscient, il présente une hémiplégié droite flasque, associée à une dysarthrie. On note une température à 38.4°, la tension artérielle est normale, la fréquence cardiaque est à 110/min.

Il s'agit d'un toxicomane actuellement substitué par Subutex.

1. Interprétez le scanner cérébral réalisé en urgence.
- 2) Quels autres examens (hors biologie) doivent être réalisés rapidement ? Que recherchez-vous ?
- 3) L'échographie transthoracique retrouve une volumineuse masse mobile de 5 cm de long sur 1 cm de large développée au dépend d'un feuillet de la valve tricuspide.
Quel est votre diagnostic ?
Quels autres éléments recherchez-vous dans ce contexte à l'échographie transoesophagienne ?
- 4) Quelles autres localisations emboliques devez-vous rechercher ?
- 5) Quel(s) est (sont) le(s) germe(s) le(s) plus souvent retrouvés dans ce contexte ?
Quelle porte d'entrée est la plus probable ?
- 6) Quel traitement mettez-vous en place ?
- 7) Quelles sont les indications d'un traitement chirurgical en urgence ?
- 8) Quelle est la contre indication principale au traitement chirurgical chez ce patient ?

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)
Révision Module 9 - Mardi 20 novembre 07
Dr Caroline PAQUIE



Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)
Révision Module 9 - Mardi 20 novembre 07
Dr Caroline PAQUIE



Correction Dossier n° 5

Un homme de 33 ans est admis aux urgences suite à une crise convulsive survenue à domicile sous les yeux de sa compagne. A l'arrivée aux urgences, le patient est conscient, il présente une hémiplegie droite flasque associée à une dysarthrie. On note une température à 38.4°, la tension artérielle est normale la fréquence cardiaque est à 110/min

Il s'agit d'un toxicomane actuellement substitué par Subutex.

1) Interprétez le scanner cérébral réalisé en urgence.

- Vaste hypodensité occupant la quasi-totalité de l'hémisphère gauche : temporo-fronto-parieto-occipital gauche
- Petites zones d'hyperdensité spontanée évoquant une transformation hémorragique
- Déviation de la ligne médiane par effet de masse

2) Quels autres examens (hors biologie) doivent être réalisés rapidement ? Que recherchez-vous ?

- Electrocardiogramme : trouble du rythme
- Echographie transthoracique +/- transoesophagienne : cardiopathie emboligène
- Echodoppler des troncs supra aortique : sténose dissection

3) L'échographie transthoracique retrouve une volumineuse masse mobile de 5 cm de long sur 1 cm de large développée au dépend d'un feuillet de la valve tricuspide.

Quel est votre diagnostic ?

Quels autres éléments recherchez-vous dans ce contexte à l'échographie transoesophagienne ?

- Endocardite aigue tricuspide compliquée embolie paradoxale cérébrale
- Présence d'un Foramen ovale perméable ou d'une communication inter- auriculaire
- présence de lésions destructrices valvulaires
 - fuite tricuspide critère de sévérité de la fuite
 - abcès
- Atteinte des autres valves : aortique et mitrale
- Fonction ventriculaire gauche

4) Quelles autres localisations emboliques devez-vous rechercher ?

- Pulmonaires
- Rénales
- Spléniques
- Coronaires

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)
Révision Module 9 - Mardi 20 novembre 07
Dr Caroline PAQUIE

5) Quel(s) sont le(s) germes le(s) plus souvent retrouvés ? Quelle porte d'entrée est la plus probable ?

- Staphylocoque Aureus
- Staphylocoque Epidermidis
- Porte d'entrée cutanée toxicomanie injection Subutex IV

6) Quel traitement mettez-vous en place ?

- ATB parentérale IB, bactéricide, double, synergique, probabiliste, à forte posologie adaptée au germe suspecté initialement puis secondairement adapté aux antibiogrammes, débutées après tous les prélèvements bactériologiques sans en attendre les résultats, prolongée au moins 4-6 sem, en essayant d'épargner le capital veineux et d'adapter les doses à la fonction rénale et hépatique :
 - -Beta Lactamine Penicilline M Oxacilline 3g en 4 injections par 24h
 - Aminoside gentamycine 3 mg/Kg/j en 1 ou 2 injections
 - 4 à 6 semaines de traitement donc 15 jours de Bi-thérapie
 - o -Si allergie : VANCO
 - PAS D'ANTICOAGULATION PREVENTIVE
 - Surveillance : clinique (souffle, TA, FR, T°C, diurèse, audition, ...)
- Paraclinique : PBS, CMI, gentaR, HAA, CRP, fct rénale, ETT toutes les 2-3 jrs et une ETO par semaine au début, audiogramme de contrôle 1fois/mois

7) Quelles sont les indications d'un traitement chirurgical en urgence ?

- Extension peri-valvulaire de l'infection
- Fistule intracardiaque
- Endocardite mal contrôlée par le traitement médical
 - Récidive malgré un traitement bien conduit
 - Endocardite à staphylocoque doré sur valve native mal contrôlée par le traitement médical
 - Endocardite sur valve native ou prothétique à hémoculture négative non contrôlée par le traitement probabiliste (fièvre supérieure à 10 jours)
- Indications hémodynamiques :
 - Destruction valvulaire avec complications hémodynamiques non contrôlées par le traitement médical
- Indications embolique : végétations volumineuses compliquées d'embolies récidivantes

8) Quelle est la contre indication principale au traitement chirurgical chez ce patient ?

- AVC massif avec transformation hémorragique
- contre indication à la réalisation d'une CEC

Dossier n° 6

Monsieur P. âgé de 55 ans vient de bénéficier d'un triple pontage aorto-coronarien (mammaire interne sur l'IVA, saphène la première postéro-latérale et saphène sur la coronaire droite).

Cet homme très actif, n'avait pas d'antécédent particulier en dehors d'une hypercholestérolémie traitée par régime seul. Il y a 2 semaines, il avait présenté une douleur constrictive rétro sternale l'ayant amené à consulter un médecin. Le bilan cardiologique avait mis en évidence un statut tritonculaire relevant d'un traitement chirurgical.

L'intervention s'est déroulée dans de bonnes conditions. Mr P a été rapidement extubé et a passé 48 H aux soins intensifs de chirurgie cardio-vasculaire avant de revenir ce jour dans un service classique.

Ce matin, vous êtes appelé au chevet de Mr P.

Il se plaint d'une sensation d'oppression thoracique, il est assis au bord du lit, polypnéique et modérément cyanosé.

L'auscultation retrouve des bruits du cœur assourdis, une tachycardie à 140 /min. Il n'y a pas de souffle ni de frottement.

L'auscultation pulmonaire est normale.

Les veines jugulaires sont distendues, le foie est augmenté de volume, et douloureux à la palpation. Il n'y a pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de signes de phlébite.

La TA est à 95/75 mmHg, le patient est anurique.

- 1) Quel diagnostic est à envisager en priorité ?
- 2) Quel signe clinique pouvez-vous rechercher pour confirmer votre diagnostic ?
- 3) Quels éléments recherchez-vous sur l'électrocardiogramme 12 dérivation ?
- 4) Quel est l'examen essentiel au diagnostic, que recherchez-vous ?
- 5) Quelle est votre prise en charge initiale ?
- 6) Quel traitement doit être réalisé ?

Correction Dossier n° 6

1) Détresse respiratoire aiguë

Sur choc cardiogénique

Par **Tamponnade aiguë**

Hémopéricarde aigu

Post-opératoire chirurgie cardiaque

2) Pouls paradoxal de Kussmaul

Réduction inspiratoire de la pression artérielle systolique d'au moins 10 mmHg.

3) L'électrocardiogramme peut montrer :

-Tachycardie sinusale ou trouble du rythme supra ventriculaire

-Alternance électrique

-Sous décalage du PQ

-Microvoltage du QRS

-Troubles de la repolarisation : aplatissement ou négativation des ondes T

-Dans toutes les dérivations

4) **Echocardiographie en urgence au lit du malade**

TM et 2D

-Détachement péricardique circonférentiel systolo-diastolique

-Visualisation et quantification de l'épanchement

-Swinging heart

-Veine cave inférieure dilatée et non respirante

-Compression du ventricule droit

Doppler

-Variation respiratoire des vitesses transvalvulaires

5) **Appel des réanimateurs et du chirurgien cardiovasculaire**

Urgence médico-chirurgicale

Pronostic vital engagé

Monitoring pouls TA saturation

Libération des voies aéro-digestives supérieures

Oxygénothérapie haut débit, ventilation au masque

2 voies veineuses périphériques de bon calibre

ETT au lit en urgence

Expansion volémique par macromolécules IV

Bilan préopératoire réservation culots globulaires

Surveillance continue médicale

Transfert en urgence au bloc opératoire même si hémodynamique non stabilisée

Si hémodynamique très instable

discuter ponction évacuatrice de sauvetage au lit du patient

Intubation très difficile avec risque majeur de désamorçage pompe cardiaque, ne sera réalisée qu'au bloc opératoire, assis

Information de la famille sur la gravité et la nécessité d'une chirurgie en urgence

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)
Révision Module 9 - Mardi 20 novembre 07
Dr Caroline PAQUIE

6) Traitement chirurgical

En urgence

Drainage péricardique au bloc opératoire sous anesthésie générale

Transfusion de culots globulaire si nécessaire

Surveillance : hémodynamique, recueil des drains

Biologique : numération, formule sanguine