

Une femme âgée d'environ quarante-cinq ans se présente aux Urgences de votre hôpital pour une douleur abdominale fébrile.

Ses antécédents médicaux comportent une hypothyroïdie substituée et un syndrome dépressif. Au plan chirurgical, cette patiente a bénéficié d'une appendicectomie dans l'enfance.

Elle souffre, depuis deux à trois jours, d'une douleur épigastrique irradiant dans le dos et inhibant l'inspiration profonde. L'interrogatoire retrouve une notion d'épisodes antérieurs similaires, bien que moins douloureux. Depuis le matin, votre patiente est fébrile à 38°6 sans frissons.

A l'examen clinique, vous retrouvez une douleur abdo en hypochondre droit/épigastrique, sans signe de Murphy net, sans ictère. Pas de défense ni de contracture. Quelques nausées. Le reste de l'examen est sans particularités.

1°) Quels diagnostics pouvez-vous envisager à ce stade et pourquoi ? **(15 points)**

On envisage :

- **lithiase vésiculaire compliquée (4) :**

. car **douleur hypochondre droit (1)** avec nausées et **atc d'épisodes identiques (1)**

. **cholécystite (2) :** douleur lithiasique + fièvre sans ictère (1)

. ou **angiocholite (2) :** douleur lithiasique + fièvre (1)

. (colique hépatique non recevable en raison de la fièvre ; l'absence d'ictère n'élimine pas l'angiocholite)

- **pancréatite aiguë lithiasique (2) :**

. car forte probabilité de lithiase vésiculaire et siège épigastrique

- **pancréatite aiguë OH (1) :**

. siège épigastrique + argument de fréquence

- de principe : IDM inférieur, pneumopathie.

2°) Quels examens complémentaires réalisez-vous en urgence ? **(25 points)**

Examens complémentaires en urgence ne devant pas retarder la mise en route du traitement (1) :

- biologie :

. « fièvre » : NFS (1), VS, CRP (1)

. « ventre » : BH complet (ASAT ALAT GGT PA Bi) (2 - PMZ), amylase lipase

(1)

. « pré TDM » : ionogramme sanguin (1), urée créat (1)

. femme non ménopausée : β HCG (1)

- ECG (élimine IDM + préop) (1)

- bactériologie :

. hémocultures (4) : au moins 2 couples en milieu aérobie et anaérobie réalisés à une heure d'écart ou au mieux lors d'un frisson ou d'un pic fébrile car température $\geq 38^{\circ}5$ (2)

- . BU ± ECBU (1)
- imagerie :
 - . RX : RP de face et de profil et **ASP** debout de face (2)
 - . **échographie abdominale** (4) explorant en particulier le foie, les voies biliaires et si possible le pancréas
 - . discuter **TDM abdo injecté** selon les résultats de l'échographie (2)

3°) Les examens réalisés vous permettent de poser un diagnostic de cholécystite aiguë lithiasique. Quelle est votre prise en charge médicale immédiate ? **(17 points)**

Hospitalisation en service de chirurgie viscérale (1)

Traitement symptomatique :

- **antalgiques / antipyrétiques** (1) : paracétamol 1 g /6h si douleur ou fièvre $\geq 38^{\circ}5$, antalgiques adaptés à l'EVA
- **antispasmodiques** (1) : phloroglucinol 2 cp /8h

Traitement étiologique :

- **antibiothérapie parentérale bactéricide probabiliste adaptée secondairement** aux germes retrouvés (2), en l'absence d'allergies et de contre-indications (2) :

- . **amoxicille / ac clav** (7) : 1 à 2 g x3/j,
- . durée selon décision chirurgicale

Surveillance (1) :

- **clinique** (1) :
 - . π TA T° /8h
 - . ictère
 - . défense et contracture
- **biologique** (1) :
 - . NFS, iono, BH et CRP à 24h

4°) Votre patiente (enseignante de profession) désire savoir si elle sera opérée ou non, si oui pourquoi et quelles sont les complications majeures qu'elle risque en cas d'intervention. Que lui répondez-vous ? **(10 points)**

On lui fournit une **information claire, loyale et adaptée** (2), avec **tact et mesure** (2) :

- annonce du **diagnostic** : il s'agit d'une lithiase vésiculaire compliquée (2)
- la **balance bénéfique/risque** (1) rend une cholécystectomie est nécessaire en semi-urgence en raison du risque de complications (récidive, abcès, péritonite, sepsis sévère, choc septique...)

Complications chirurgicales (2) :

- hémorragie per ou post opératoire, choc hémorragique, hématome de paroi...
- infection de site opératoire (abcès de paroi, abcès de la loge vésiculaire)...
- TVP / EP

Complications anesthésiques (2) :
- réaction allergique (curares)

5°) Cette dame bénéficie plus tard d'une cholécystectomie per coelioscopique. Chirurgicalement, tout s'est bien passé et les suites s'annoncent simples, lorsque, à J2 post-op, votre patiente se plaint d'une dyspnée associée à une douleur thoracique. Quel diagnostic suspectez-vous et pourquoi ? **(8 points)**

Embolie pulmonaire (3), car :

- **terrain (1) : post-opératoire précoce (2)**
- antécédents
- fréquence
- clinique : **douleur thoracique (1) + dyspnée (1)**

6°) Quel est votre démarche diagnostique ? **(10 points)**

Score de probabilité clinique (2) faible

D-Dimères (2) (NB : constamment élevés en post-op)

- si négatifs : arrêt des explorations et pas de traitement (1)
- si positifs : **écho-Doppler veineux MI (2)**
 - . si négatif : arrêt des explorations et pas de traitement (1)
 - . si positif : **angioTDM thoracique (2)**
 - ~ si négatif : arrêt
 - ~ si positif : traitement
 - ~ si douteux : scinti puis angio

NB : le bilan doit également comporter des GDS et un ECG. Pas de bilan de thrombophilie dans ce contexte.

7°) Ce diagnostic est confirmé. Quelle est votre prise en charge thérapeutique immédiate et à distance ? **(15 points)**

Traitement immédiat :

- au **lit strict contention veineuse élastique (1)**
- **O2** lunettes pour SpO2 > 91 % (1)
- antalgiques : paracétamol 1 g /6h SB

- **héparinothérapie à posologies curatives (5 – PMZ) : check posos**
- relai **AVK précoce (2)** pour une durée d'héparinothérapie inférieure à 10 jours

Traitement à distance (recommandations : <http://www.mini-url.fr//0ae>) :

- **AVK pendant trois mois (5 - PMZ)**

Règles hygiéno-diététiques (1)