

Staff SAUV

MR. B 56 ANS

MME. L 62 ANS

Cas n°1 : Mr B. 56 ans

- ▶ Retrouvé au sol par son ide à domicile, au passage du matin.
- ▶ Adressé aux urgences pour probable station au sol prolongée, hypotension artérielle et hyperglycémie.
- ▶ Initialement ne souhaite pas être transporté aux urgences avec les sp donc envoi du smur: pose de vvp et ré hydratation, TNM P2.



AUX urgences:

► En IOA:

- « Patient retrouvé au sol cet après midi par IDE à dom
- Vu et prise en charge par SMUR car ne voulait pas être transporté (transport non medicalisé),
- hypota=8/ : a eu VVP ISO A l'arrivée , ralenti, orienté, pas de douleur
- TA 82/52 FC 87 Sat 93% en aa T 36,5°C D: 3,39g/dL Cet: 1,9 Gsg: 15 »

→ indication sauv?



Antécédents

- ▶ Diabète non insulino requérant
- ▶ HTA
- ▶ Dépression

Traitements

- ▶ ANAFRANIL 75 mg 1-0-1
- ▶ BRINTELIX 20 mg: 0-0-1
- ▶ IMOVANE 7,5 mg 0-0-1
- ▶ GABAPENTINE 600 mg: 1-1-1
- ▶ PERINDOPRIL 4 mg: 0-0-1
- ▶ INDAPAMIDE 2,5 mg: 0-0-1
- ▶ FUROSEMIDE 40 mg: 1-0-0
- ▶ AMLOR 10 mg: 0-0-1
- ▶ METFORMINE 500 mg: 1-0-1
- ▶ TRAMADOL 50 mg: 1-0-1 SB

En MCT vu par interne avant la relève de 18h00:

- ▶ Appel de la mère du patient:
« patient dépressif sévère, sous anafranil, autonome à domicile mais passage IDE pour prise des traitements. Depuis 15 jours, nouvel épisode dépressif. »
- ▶ Neuro: gsg 15 conscient orienté mais ralenti. Pas de DSM. Raideur de nuque.
- ▶ Incurie, deshydratation avec langue rôtie et muqueuse sèche.

Bilan biologique

- ▶ Hyperleucocytoses à 23 G/L, à PNN
 - ▶ CRP 258
 - ▶ Insuffisance rénale aiguë sévère avec
 - urée 80 mmol/l
 - creatininémie 450 micromol/l
 - ▶ Hypokaliémie 2,5 mmol/l
 - ▶ Hyponatrémie 120 mmol/l
 - ▶ CK normaux
 - ▶ GDS veineux: pH: 7,36 bicar 23 lactates 1,8
 - ▶ TP 61%
-
- ➔ Défaillance rénale
 - ➔ Défaillance hémodynamique
 - ➔ Trouble de l'hémostase
 - ▶ Encéphalopathie urémique?
 - ▶ Méningite (apyrétique)?

Appel du sénier de MCT pour transfert en SAUV:

- ▶ Débuter un remplissage vasculaire devant hypotension.
- ▶ Effectuer les prélèvements à visée bactériologique: hémo + ecbu.
- ▶ Transfert en Sauv pour réaliser la PL après passage au TDM
- ▶ Avis réanimateur médicale
 - TDM TAP **non injecté** devant l'insuffisance rénale aiguë à la recherche d'un foyer profond, et afin d'éliminer un obstacle sur les voies urinaires.
 - pas d'indication à une hospitalisation en réanimation plutôt soins continus devant une deshydratation importante. (voir STC néphro)

A l'arrivée en SAUV

- ▶ Instabilité hémodynamique avec hypotension arterielle isolée sans tachycardie associée.
- ▶ Etat de déshydratation clinique majeur.
- ▶ Désorientation temporo spatiale très modérée avec capacité du patient à verbaliser qu'il se trouve aux urgences de pasteur.
- ▶ Cervicalgie avec raideur de nuque, absence de purpura.
- ▶ Douleur dentaire latéralisée à droite et palpation d'une voussure sous mandibulaire droite sensible. Etat bucco dentaire précaire.

Scanner sans injection:

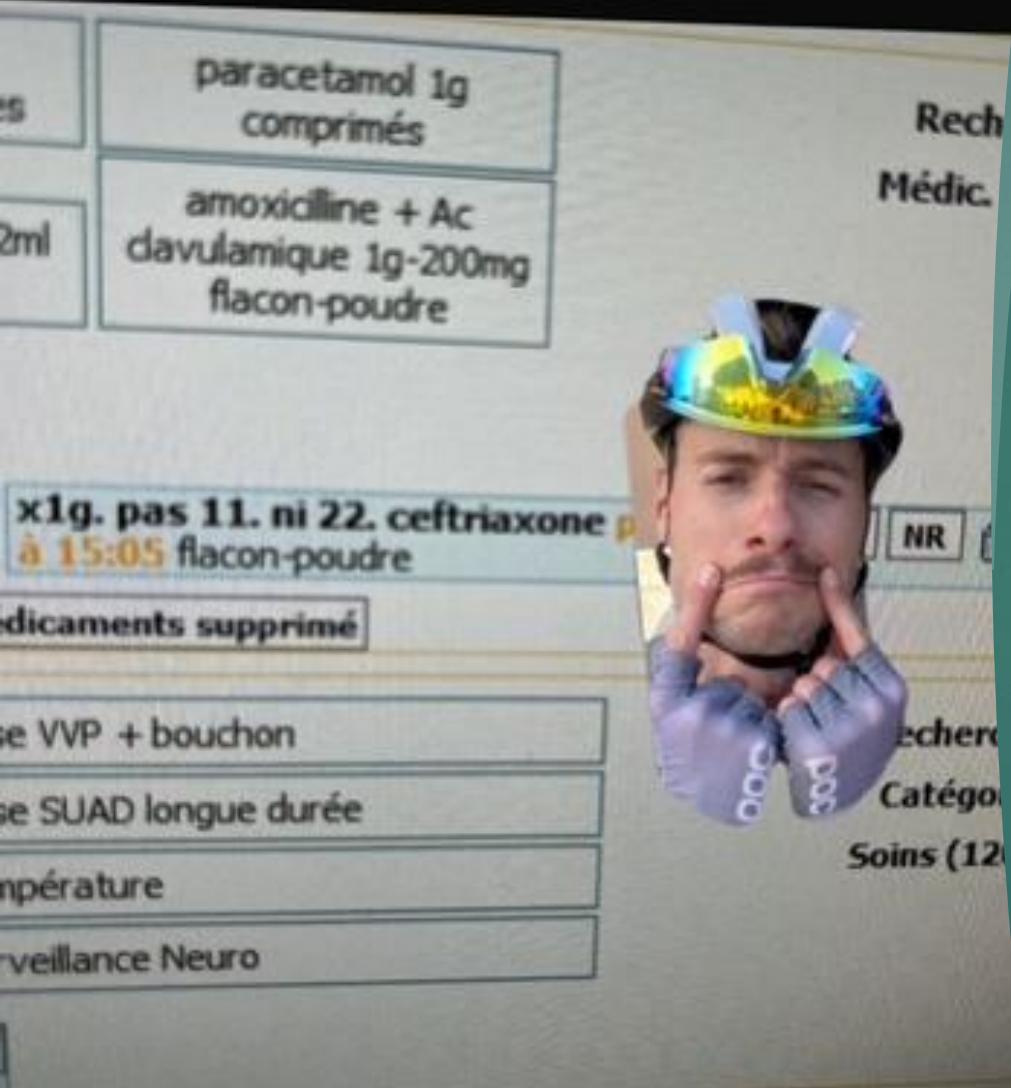
- ▶ Absence de saignement intra cranien
- ▶ Absence de dilatation pyelocalicielle bilatérale ni d'obstacle des voies excrétrices.
- ▶ Possible collection sous mandibulaire droite

Ponction lombaire:

- ▶ Liquide eau de roche, non tendu,
- ▶ Glycorachie 6,65 mmol/l pour une glycémie 15 mmol/l
- ▶ Protéinorachie 1,50 mmol/l, pour N < 0,45
- ▶ Lactatorachie 7,7 mmol/l pour N < 2,7
- ▶ **Elements 495 /mm³**
- ▶ Hématies 30 /mm³
- ▶ Absence de germe

Thérapeutique et Orientation:

- ▶ Antibiothérapie par Rocéphine 100 mg/kg/j + Amox 200 mg/kg/j
- ▶ Remplissage par isofundine au total 1 L permettant une stabilisation hémodynamique et une diminution de la lactatémie arterielle de 1,8 à 1,1
- ▶ Hospitalisation en réanimation médicale.

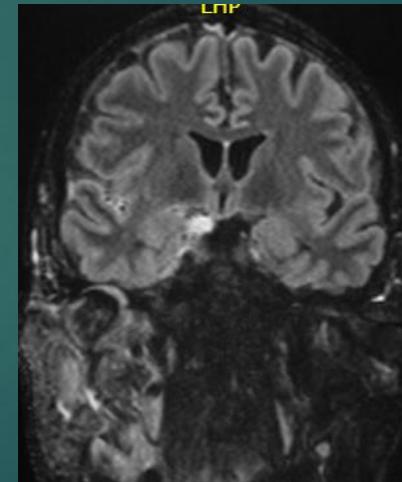
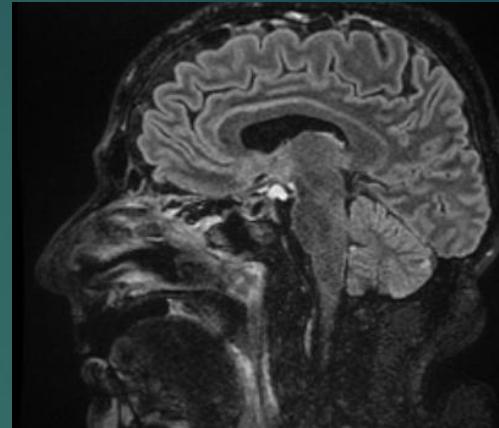


Evolution en réa:

- ▶ Le patient est intubé à l'admission devant les troubles de conscience.
- ▶ Ajout Aciclovir en attendant les résultats de la multiplex sur le LCR.

IRM cérébrale: après relecture du TDM de la veille

- ▶ **Infiltration abcédée** plurifocale cervico faciale à probable point de départ **sous-mandibulaire droit**, avec **méningite secondaire étendue** et **empyème**.
- ▶ Drainage chirurgical de l'abcès sous mandibulaire droit : BGN + CGP sans documentation finale:
- ➔ Relais atb: céfotaxime 6 g/jour et métronidazole 500 mg 3 x par jour



Antibiothérapie en réa:

- ▶ Les prélèvements bactériologiques réalisés sur site opératoire ORL et sur la ponction lombaire (dont la PCR multiplex) sont négatifs.
- ▶ Un nouvel épisode de fièvre en plateau à 38,5 durant 3 jours motive l'incrémentation de l'antibiothérapie vers
→ **Pipéracilline + tazobactam 12 g/jour et daptomycine 2 g/jour.**

Suspicion de PAVM?

- ▶ Un prélèvement distal protégé sur fibroscopie pour atelectasie du poumon gauche revient positif à **Pseudomonas aeruginosa** qui motive l'arrêt de la daptomycine et la poursuite de la Tazocilline 12g/j.

Sur le plan métabolique :

- Régression rapide de l'insuffisance rénale après expansion volémique sans nécessité d'épuration extrarénale.
 - Normalisation de la natrémie
 - Hypokaliémie récidivante sans retentissement cardiaque nécessitant la supplémentation IVSE itérative
 - Nécessité d'un support par insuline IVSE tout au long de l'hospitalisation chez un patient diabétique connu sous metformine
 - Anémie microcytaire à 8 g/dl le 10/11, bilan martial et vitaminique en cours.
- Au total : il s'agit d'un **choc septique** avec défaillance multiviscérale sur **abcès sous-mandibulaire** droit et empyème cérébral sans documentation bactériologique d'évolution favorable après lavage au bloc opératoire et antibiothérapie par **C3G, Flagyl puis Tazocilline** chez un patient aux antécédents d'HTA, diabète, dépression sévère,

Discussion

- ▶ PL d'emblée ?
→ Diag diff: encéphalopathie urémique.
- ▶ Injection du TDM malgré IRA ?
→ Bonne orientation diagnostic d'emblée VS risque de dialyse?
- ▶ Hospit réa / STC?
→ Le fameux dernier lit ...

Cas n°2: Mme L, 66 ans

- ▶ Amenée aux urgences par les sp pour douleur abdominale intense sur demande de son médecin traitant qui suspecte un ulcère perforé.
- ▶ En ZAO:
« consciente cohérente,
eupnéique en AA, apyrétique.
Normocarde normotendue
Douleur 10/10 P1 douleur svp → mct. »

T° 36,5°C, D 1,21, sat 96% en aa, FC 78, TA 124/68

Antécédents

- ▶ Diabète de type 2
- ▶ Pancréatectomie de la queue + splénectomie sur tumeur bénigne
- ▶ HTA

Traitements

- ▶ Ibuprofène
- ▶ Desloratadine
- ▶ Kardégic
- ▶ Ésoméprazole 40
- ▶ Candésartan/hydrochlorothiazide
- ▶ Metformine
- ▶ Uvédose
- ▶ Kétoprofène

En MCT:

- ▶ D'après MT:
« Douleur abdominale brutale depuis minuit.
A son arrivée: Patiente consciente hyperalgique, interrogatoire impossible.
Apyrétique mais sueurs froides. Douleur abdo voire défense épigastrique. PA 106 mmHg »
- ▶ Examen clinique aux urgences:
« TA: 90/60 FC 105, marbrures, pâleur cutanée.
Pas de signe de lutte respiratoire
Abdo: souple dépressible avec défense généralisée pas de BHA
Consciente, aphasic qui ne semble pas être liée uniquement à la douleur »

Examens complémentaires:

- ▶ Demande de TDM + pour suspicion dissection aortique:
CR oral: pas de dissection aortique, pas d'EP massive, champs pulm RAS, pas de liquide intra péritonéal...
 - ▶ pH: 7,19 lactates 11,5 (Problème d'ABL donc iono, fonction rénale non disponible en urgence)
- ➔ Allo med Sauv: ok pour prendre le patient.

En sauv:

- ▶ TA 85/55 FC 105, remplissage 500 cc en cours. Marbrures du tronc.
- ▶ Sat 80% sous 15L sans DRA et ausc normale : signal défectueux?
- ▶ Patiente consciente répondant aux ordres simples mais mutisme, douleur diffuse en particulier à la mobilisation avec une raideur de tout le rachis,
- ▶ Abdomen douloureux dans son ensemble sans défense localisée.
- ▶ Examen cutané: Absence de porte d'entrée infectieuse Absence de purpura.

Biologie:

- ▶ SIB: leuco : 20 G/L CRP 480
- ▶ Na 135 K: 3,1
- ▶ Bicar: 12
- ▶ Insuffisance rénale: Creat: 360 Urée 18,8
- ▶ Bili 35 conj 22 ASAT 118 ALAT 338 GGT 75 lipase 11
- ▶ GDS: pH: 7,245 pO2 295 pCO2 27,5 bicar 12 lactates 9
- ▶ TP68%

➔ Baisse O2 à 5L

➔ Poursuite remplissage

Patiante proposée en Réa:

- ▶ 3 paires hémocs
- ▶ Antibiothérapie débutée avant PL: Claforan 2G + Amiklin 2 G.
- ▶ Ok hospit

Ponction lombaire:

- ▶ Liquide clair, non tendu, non hémorragique.
- ▶ Hyper lactatorachie 14,4 mmol/L (N<2,70)
- ▶ Hyper protéinorachie 1,54 mmol/L (N<0,5)
- ▶ Hypoglycorachie > 0,20 mmol/L
- ▶ Elements 20 / mm³
- ▶ Hématie 14 / mm³
- ▶ Direct CGP en diplocoques

Plus tard:

- ▶ Culture définitive: Strepto Pneumoniae sensible Amox / Cefo

Entretien avec le mari de la patiente

- ▶ Notion de fièvre à 39°C depuis 48 heures, vu par MT, diagnostic de syndrome grippal (Test COVID et Grippe -)
- ▶ Traité par AINS.
- ▶ Anorexie totale et absence d'hydratation per os depuis 48h
- ▶ Poursuite de la prise de METFORMINE...

En réanimation

- ▶ PCR multiplex du LCR positive au pneumocoque
➔ céfotaxime 18 G/j, **dexaméthasone et métronidazole** car probable pneumopathie d'inhalation
- ▶ Patiente rapidement intubé sur les troubles de la conscience.
- ▶ Sur le plan cardio : ETT réalisée à l'entrée qui retrouve une FEVG entre 20 et 30% , une hypokinésie au niveau de l'apex. Tropo: aux urgences 560 , 21 300 à J1 en rea. Syndrome de **Tako Tsubo**
- ▶ Sur le plan hémodynamique : Hypotendue à 97/65 sous noradré et Argipressine + Remplissage vasculaire
- ▶ Sur le plan rénal : La patiente présente une IRA Kdigo 3 avec une créatinémie à 230, une urée à 18 et une diurèse conservée

J3 en réanimation :

- ▶ Bactériémie à Staph avec Hémoc + ; PCT > 50
- ▶ Sur le plan neurologique : Arrêt des sédations mais **absence de signe de réveil**. Clonies du visage et des membres supérieurs
 - 1 ampoule de Rivotril.
 - EEG : Aspect en faveur d'un **EME focal postérieur droit**
 - Dose de charge de Keppra.
- ▶ **CIVD** avec anémie à 10.8, thrombopénie à 68, TP 56% sans signes cliniques (pas ecchymose, de saignement extériorisé, ni purpura)
Lactate 3,4 en décroissance
- ▶ Sur le plan rénal : IRA avec une créatinémie à 304 - urée 24.8 en ré-ascension; diurèse conservée Suspicion d'une **encéphalopathie urémique** avec coma et urée élevée --> **CVVH** au citrate
- ▶ Stable sur le plan cardiaque et HD sous faible dose de NAD.

Evolution en réanimation

- ▶ Sur le plan infectieux : Poursuite claforan avec baisse progressive des doses jusqu'à 10g/J (150mg/kg/j) (surdosage avec toxicité neuro?)
- ▶ Sur le plan neuro: absence de signes cliniques de réveil avec Eeg inchangé, majoration du keppra à 1,5 x 2 / j devant multiples épisodes de clonies. Ajout du prodilantin.
- ▶ J7: Apparition d'un état de mal épileptique confirmé à l'EEG et d'une mydriase unilatérale puis bilatérale
- ➔ TDM c+: **AVC multiples compatibles** avec une **vascularite cérébrale** sévère avec destruction de plus de 50% du parenchyme cérébral
- ➔ Doppler transcrânien : VD droite 17, VD gauche 26, IP normale Poursuite d'une trithérapie anti-épileptique : Keppra, Vimpat, Prodilantin
- ▶ J9 Mydriase bilatérale aréactive depuis 48h Absence de ventilation spontanée
- ➔ Angioscanner cérébral réalisé : critères scanographiques de mort encéphalique.
- ➔ Doppler transcrânien : absence de perfusion cérébrale,
Heure du décès : 12h40

Au total:

- ▶ **Bactériémie** à Strepto pneumoniae traitée par Claforan forte dose (300 mg/kg) avant PL devant signes de gravité.
- ▶ Syndrome de **tako-tsubo** ayant nécessité la mise sous amines
- ▶ **CIVD**
- ▶ **Défaillance rénale** ayant nécessité une EER
- ▶ **Défaillance hémodynamique** ayant nécessité un support vasopresseur (Norad + Reverplog: argipressine)
- ▶ **EME** faisant découvrir un aspect de **vascularite cérébrale**

Discussion

- ▶ AINS double dose pour une virose
- ▶ Metformine + AINS = Danger
- ▶ Antibio rapide +++.
- ▶ et ne pas repousser la PL (après le scan après le bilan...)