

Extrait gratuit : testez-vous !



dossiers par pôle

Collection dirigée par Benjamin Bajer et Florian Naudet

Guillaume Martin-Blondel - Guillaume Moulis
Annabel Maruani - Mahtab Samimi

Immunologie Dermatologie Maladies infectieuses

Saison 1

« 24 dossiers D4 par pôle »
pour réussir vos ECN
et votre classement !

Préparation aux ECN

24 dossiers transversaux
de 1 heure avec :

- grilles de réponses
- notation sur 100 points
- commentaires, conseils



EDITIONS

Dossier N°3

Une patiente de 65 ans se présente en consultation pour un ulcère de la malléole interne gauche (Figure 1).

Elle a comme antécédents une obésité, une hypertension artérielle traitée par amlodipine, une fibrillation auriculaire traitée par AVK et une cholécystectomie 10 ans auparavant.

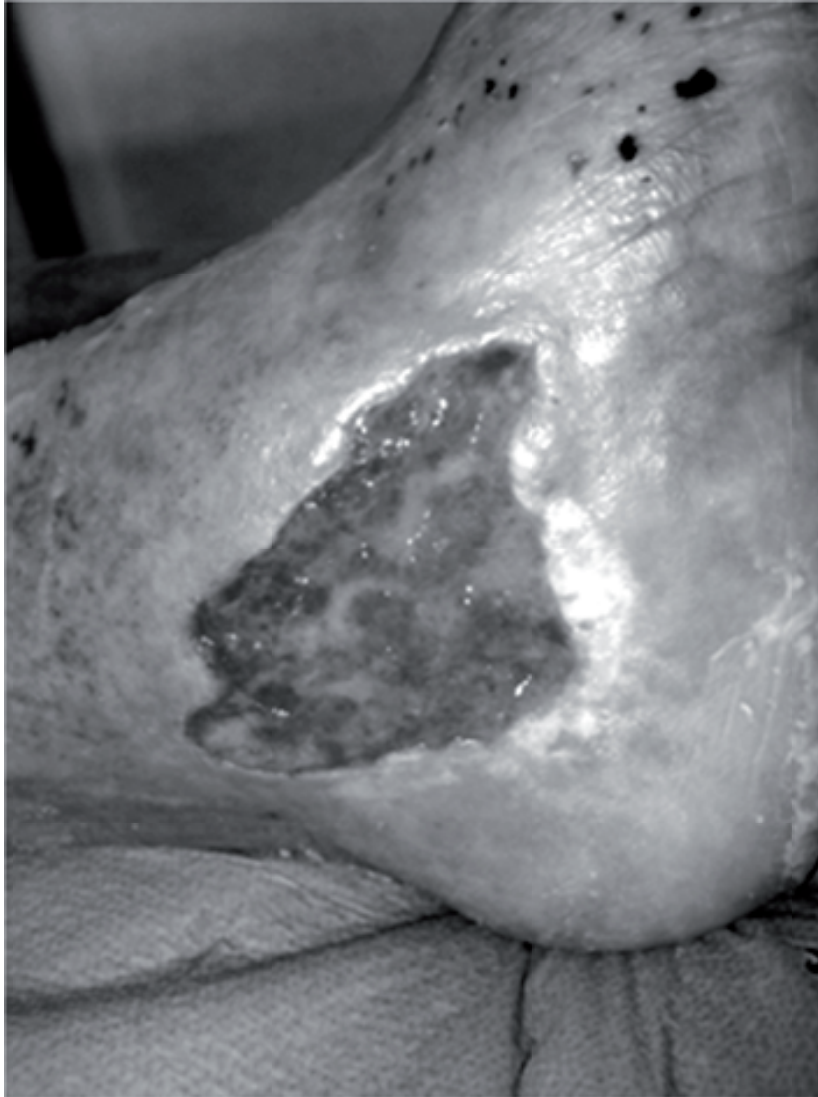


Figure 1
(Cf. cahier couleurs)

Question N° 1

De quels éléments disposez-vous et quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique en faveur d'un ulcère d'étiologie veineuse ?

Question N° 2

Vous vous orientez vers un ulcère veineux. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Question N° 3

Lors de l'examen clinique, vous constatez une attitude antalgique en flexion dorsale de la cheville gauche, avec ébauche d'ankylose tibiotallienne. Quelle est la conduite à tenir ? Précisez vos prescriptions.

Question N° 4

Un mois plus tard, l'infirmière à domicile vous appelle car un prélèvement bactériologique a été réalisé sur l'ulcère, et a retrouvé du staphylocoque aureus. Elle vous demande quelle est la conduite à tenir. Que lui répondez-vous ?

Question N° 5

Vous revoyez la patiente un mois plus tard. L'ulcère est stable, mais la peau péri-ulcéreuse est inflammatoire, suintante, prurigineuse. Vous suspectez un eczéma de contact au pansement. Quelle est la conduite à tenir ?

Question N° 6

L'évolution est favorable. La patiente est proposée au chirurgien vasculaire pour éveil de la saphène interne gauche. Comment allez-vous gérer l'interruption transitoire de son traitement par AVK ?



**Vous avez 1 heure pour répondre
aux questions de ce dossier.
Bon courage !**

Après correction, évaluez votre niveau en situation des ECN.

Cotation moyenne aux dossiers en fin de D3	Cotation moyenne aux dossiers en fin de D4	Niveaux ECN
< 40 pts	< 60 pts	Niveau insuffisant pour passer l'ECN dans de bonnes conditions
40 à 50 pts	60 à 70 pts	Niveau acceptable pour réussir l'ECN Classement aléatoire entre 3000 et 5000
50 à 60 pts	70 à 80 pts	Niveau bon pour réussir l'ECN Classement aléatoire entre 1000 et 2000
60 à 75 pts	80 à 90 pts	Niveau très bon pour réussir l'ECN Classement dans les meilleurs < 1000
75 à 100 pts	90 à 100 pts	Niveau excellent pour réussir l'ECN Classement au top < 200

Vos réponses :

Dossier N°3 : Corrections

Question N°1

De quels éléments disposez-vous et quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique en faveur d'un ulcère d'étiologie veineuse ? (20)

Les arguments suivants sont déjà connus ou sont à explorer à l'interrogatoire pour argumenter un ulcère veineux :

- Le terrain :
 - sexe féminin, âge
 - obésité
- Les antécédents :
 - facteurs de risque d'insuffisance veineuse chronique (1) : obésité, mode de vie, exposition à la chaleur, nombre de grossesses
 - antécédent de maladie variqueuse personnelle ou familiale (1)
 - thrombophlébite des membres inférieurs (syndrome post phlébitique) (1)
- L'anamnèse :
 - ulcère ancien (plusieurs mois ou années)
 - d'évolution lente
 - douleurs absentes ou modérées, majorées par l'orthostatisme (1)

L'examen clinique (iconographie 1), afin d'argumenter un diagnostic d'ulcère veineux, vérifie donc les critères suivants :

- L'aspect de l'ulcère (2) :
 - unique (1)
 - étendu
 - à bords souples, en pente douce
 - superficiel, non creusant (1)
 - à fond régulier, bourgeonnant ou fibrineux
 - de siège périmalléolaire (2)
- L'aspect de la peau péri-ulcéreuse avec des troubles trophiques d'insuffisance veineuse chronique (2) sera à préciser avec les éléments suivants :
 - capillarite, télangiectasies, varicosités
 - œdème (1)
 - dermite ocre (1)
 - atrophie blanche
 - hypodermite chronique sclérodermiforme (1)
 - varices
- L'existence de signes négatifs : absence de signes d'artérite des membres inférieurs (2) :
 - pouls périphériques bien frappés (1)
 - absence de souffle vasculaire
- La mesure des index de pression systolique (PAS cheville/PAS brachiale) (2) avec :
 - IPS entre 0,9 et 1,3 : ulcère veineux pur
 - IPS entre 0,7 et 0,9 : ulcère mixte à prédominance veineuse

Question N°2

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ? (20)

Le traitement sera le suivant :

Le traitement étiologique (2), après la réalisation d'écho-doppler veineux des membres inférieurs (2) afin de documenter l'atteinte de réseau vasculaire (incontinence superficielle, profonde ou des perforantes ? maladie post phlébitique ?) et de réaliser un doppler artériel (1) (en cas d'abolition des pouls, de signes cliniques d'artérite, d'IPS < 0,9 ou > 1,3 ; signes faisant alors suspecter un ulcère mixte), consiste en :

- Prendre l'avis du chirurgien vasculaire pour discuter une chirurgie de l'insuffisance veineuse (superficielle de première intention) (2)
- Une compression à haut niveau de pression en l'absence d'artérite (3) :
 - adaptée, de classe III (30-40 mmHg à la cheville) ou multicouches (1)
 - en veillant à l'observance et en adaptant la compression
 - à porter tous les jours (1), avant le lever jusqu'au coucher, au long cours

Le traitement symptomatique repose sur :

- Un traitement local (1) :
 - nettoyage à l'eau et au savon doux ; pas d'antiseptiques
 - pansement adapté au stade d'évolution (détersion, bourgeonnement ou épidermisation)
 - fréquence adaptée à l'évolution locale, initialement rapprochée (48H) puis espacée (4 à 5 jours)
 - soins de peau périulcéreuse (émollients) (1)
 - éventuellement, stimulation de la cicatrisation : scarification douce des bords, autogreffe cutanée (1)
- Un traitement antalgique (1) de niveau adapté en débutant par la classe I ou II

Les mesures associées à ce traitement sont les suivantes :

- Mise à jour de la vaccination antitétanique (1, oubli = 0)
- Kinésithérapie de mobilisation (1) : lutte contre l'enraidissement articulaire
- Prévention des complications de décubitus, protection des points d'appui (nursing), éviter tout traumatisme (1)
- Drainage de posture
- Education de la patiente (1) :
 - éviter les modifications de pansements sans avis médical (risque de sensibilisation)
 - ne pas utiliser d'antiseptiques, ni d'antibiotiques locaux ou généraux : il y a une colonisation bactérienne habituelle, non pathogène

Question N°3

Quelle est la conduite à tenir ? Précisez vos prescriptions. (12)

Devant cette ankylose tibiotarsienne sur attitude vicieuse antalgique il convient d'adapter le traitement antalgique (2) :

- Classe I (paracétamol) (1) ou classe II d'emblée (paracétamol codéiné, ou tramadol) (1)
- Si insuffisant : classe III (morphiniques per os), avec mesures associées (laxatifs, antiémétiques) et surveillance des effets indésirables
- L'outil d'adaptation sera l'Echelle Visuelle Analogique

Il faut aussi prescrire une kinésithérapie de mobilisation de la cheville gauche afin de lutter contre l'enraidissement articulaire (2) :

- La prescription médicale est nécessaire à toute activité de masso-kinésithérapie
- Il faut préciser sur l'ordonnance :
 - le nom, prénom de la patiente (1)
 - la date (1)
 - la mention « indication de kinésithérapie » (1)
 - l'ordonnance médicale ne doit pas préciser le nombre de séances ni les techniques à réaliser ou la zone à traiter (qui seront établis par le kinésithérapeute) (1)
 - mais le médecin prescripteur doit joindre une lettre d'accompagnement comportant le diagnostic médical qui orientera le kinésithérapeute (2)
 - le kinésithérapeute réalisera alors la demande d'entente préalable qu'il adressera à la caisse de sécurité sociale de la patiente, accompagnée de l'ordonnance du médecin

Question N°4

Que lui répondez-vous ? (8)

L'ulcère est une plaie chronique avec une colonisation bactérienne habituelle, non pathogène (1) et les éléments suivants guident la prise en charge :

- Pas d'application d'antiseptiques, d'antibiotiques topiques ou systémiques (sensibilisation locale, sélection de flore résistante) (3)
- Une antibiothérapie systémique est indiquée uniquement s'il y a des signes cliniques d'infection (2) : majoration des douleurs, écoulement purulent, inflammation périphérique, fièvre
- Il n'y a pas d'indication à réaliser des prélèvements bactériologiques (2) en dehors de la présence de signes cliniques d'infection

Question N°5

Vous suspectez un eczéma de contact au pansement. Quelle est la conduite à tenir ? (20)

La conduite à tenir devant l'eczématisation de la peau péri-ulcéreuse est la suivante.

Traitement étiologique (1) :

- Suspendre l'application du topique ou du pansement suspect (2)
- Enquête allergologique (2) :
 - à l'anamnèse, un « interrogatoire policier » (1) recherchera : tout produit appliqué (antiseptiques, crèmes émollientes, antalgiques, antibiotiques, pansements), la chronologie de l'application par rapport aux symptômes (1), les autres produits appliqués après l'éruption eczématiforme (traitements locaux de l'eczéma ?)
 - les tests épicutanés (patch tests) (2) sont à réaliser à distance de l'épisode aigu (1) et consistent en l'application d'allergènes en batteries (batterie standard + batterie ulcères) sur le dos avec une lecture à 48 et 72 heures : érythème, vésicules, bulles ?
 - si un allergène est identifié : il faut remettre une liste d'éviction (2)

Traitement symptomatique (1) :

- Soins locaux :
 - nettoyage eau, savon doux
 - dermocorticothérapie de courte durée (3)
 - de manière transitoire : pansement neutre (1) (pansement gras type Jelonet®), à fréquence rapprochée
- Antihistaminiques : à visée sédatrice si prurit nocturne invalidant

Traitement préventif (1) :

- Eviter l'application de produits diversifiés (antiseptiques, topiques, pansements...) : risque de polysensibilisation chez les patients avec plaies chroniques (2)

Question N°6

Comment allez-vous gérer l'interruption transitoire de son traitement par AVK ? (20)

L'avis de l'anesthésiste sera demandé afin d'évaluer le rapport bénéfice/risque de l'interruption des AVK (risque hémorragique/risque thrombogène) (2) en fonction du risque d'accident thromboembolique et du risque hémorragique lié à l'intervention. En pratique, il adoptera la conduite suivante :

- Arrêt des AVK (1) quelques jours (délai variable en fonction de la molécule) avant l'intervention, avec surveillance de l'INR
- Introduction d'HBPM (2) à doses curatives (2), en l'absence d'insuffisance rénale (1), dès que l'INR sera inférieur à 2
- La chirurgie est réalisable sans sur-risque hémorragique quand l'INR est inférieur à 1,5 (3)
- Arrêt de l'HBPM 12 heures avant la chirurgie et reprise 12 heures après la chirurgie
- Association à une compression veineuse (2) en prévention du risque thrombotique veineux
- Reprise des AVK (2) en fonction de la molécule et du risque hémorragique lié à l'intervention, avec arrêt des HBPM quand INR > 2
- La surveillance de la NFS (2) est fondamentale en raison du risque de thrombopénie induite par héparine, pendant la durée du traitement par HBPM
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement
- L'information de la patiente (3) sur les modalités, les risques et bénéfices du relais est bien entendu fondamentale

Commentaires

Les éléments de réponse de ce dossier ont été élaborés d'après les recommandations de la HAS pour le traitement des ulcères des membres inférieurs (juin 2006).

Prise en charge d'un ulcère veineux ou à prédominance veineuse :

Il faut systématiquement rechercher une AOMI associée :

- Par l'anamnèse (facteurs de risque) et l'examen clinique,
- Par mesure de l'IPS :
 - IPS entre 0,9 et 1,3 : ulcère veineux pur (absence d'AOMI) ;
 - IPS entre 0,7 et 0,9 : ulcère mixte à prédominance veineuse (AOMI n'expliquant pas l'ulcère).

Il faut prescrire un écho-Doppler veineux pour établir le bilan lésionnel qui déterminera la prise en charge.

L'écho-Doppler artériel n'est à réaliser que si :

- Abolition des pouls périphériques
- Symptômes ou autres signes cliniques d'AOMI
- $IPS < 0,9$ ou $> 1,3$ (artères incompressibles)

L'Index de pression systolique (IPS) est le rapport entre la PAS à la cheville et la PAS brachiale. Il s'agit d'un élément primordial à citer aussi bien dans l'examen clinique que dans les examens complémentaires. En effet, l'IPS peut se mesurer simplement à l'aide d'une sonde Doppler continue, lors de l'examen clinique si l'examineur dispose d'une sonde Doppler, ou bien lors de l'écho-Doppler. L'IPS permet de rechercher une AOMI associée et d'adapter la compression. Il faut en connaître les limites : la médiocalcose (diabétique, sujet âgé) peut faire surestimer l'IPS et méconnaître une AOMI. Les chiffres d'IPS sont donc à confronter aux données de l'examen clinique (symptômes d'AOMI, pouls périphériques, autres signes cliniques d'AOMI). En cas de discordance, il faut faire un écho-Doppler artériel.

Dans une question « prise en charge », organiser la réponse en 3 parties :

- Traitement étiologique.
- Traitement symptomatique.
- Traitement préventif des complications et mesures associées.

Traitement d'un ulcère veineux ou à prédominance veineuse :

Traitement étiologique :

- Compression à haut niveau de pression (30 à 40 mmHg à la cheville) si IPS entre 0,8 et 1,3 en favorisant les compressions multicouches. Attention, en cas d'ulcère mixte, il faut adapter la compression en diminuant la pression (< 30 mmHg) et en utilisant des bandes à étirement court ;
- On peut proposer une chirurgie des insuffisances veineuses superficielles, en l'absence d'obstruction et de reflux veineux profond axial total, en adaptant la compression au long cours pour prévenir les récurrences. Les insuffisances veineuses profondes ne sont opérées qu'après avis spécialisé et en l'absence d'efficacité de la compression et du traitement chirurgical de l'IV superficielle associée ;
- Envisager le recours aux greffes en pastilles ou en filet si l'ulcère est résistant aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois ou s'il est de grande taille > 10 cm².

Traitement symptomatique :

- Traiter la douleur en fonction de la cause (changer de pansement, adapter la compression, traiter les complications locales, prescrire un topique anesthésique pour les soins) et prescrire des antalgiques si les mesures spécifiques sont insuffisantes.

Mesures associées :

- Traiter les comorbidités (surpoids, diabète, dénutrition, insuffisance cardiaque, HTA...)
- Recommander la mobilisation globale et des chevilles (kinésithérapie si nécessaire)
- Prévenir les traumatismes et traiter précocement les plaies
- Obtenir une hygiène satisfaisante
- Recommander le drainage de posture et indiquer les positions à éviter
- Prendre en compte le contexte social et gériatrique
- Mettre à jour les vaccinations antitétaniques.

L'HAS recommande également de ne pas réaliser de prélèvement bactériologique ni de traitement antibiotique systématique, de ne pas utiliser d'antibiotique local, et de n'utiliser les antibiotiques par voie générale qu'en cas de signes cliniques d'infection.

Prescription de kinésithérapie :

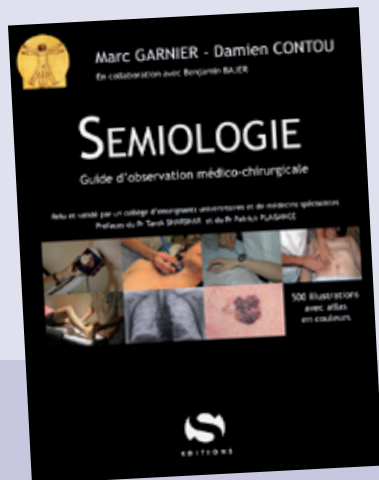
L'arrêté du 22 février 2000 a modifié les modalités de prescription de la kinésithérapie : une prescription ne doit plus comporter que la date de la consultation, les nom et prénom du patient, la mention "indication de kinésithérapie". Ainsi, la gestion de l'activité des kinésithérapeutes n'est plus de la responsabilité économique des médecins. On ne doit plus mentionner sur l'ordonnance le nombre de séances, ni les techniques à utiliser ou la zone à traiter.

Cependant, il faut communiquer le diagnostic médical par une lettre d'accompagnement pour orienter le bilan diagnostique kinésithérapique en vue du choix thérapeutique. Le diagnostic médical ne doit pas être porté sur la prescription, afin de garantir le secret médical vis à vis du personnel administratif des Caisses, qui manipule nécessairement les prescriptions.

« Collection : 24 dossiers D4 par pôle » Pour réussir vos ECN et votre classement !

Titres disponibles dans la collection : Appareil digestif 2^e ed • Appareil locomoteur 2^e ed • Cancérologie - Hématologie 2^e ed • Cardiologie - Pneumologie - Anesthésie - Réanimation 2^e ed • Endocrinologie - Métabolisme - Néphrologie - Urologie • Immunologie - Dermatologie - Maladies infectieuses • Mère et Enfant 2^e ed • Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2^e ed • Santé publique - Apprentissage de l'exercice médical 2^e ed • Tête et cou 2^e ed.

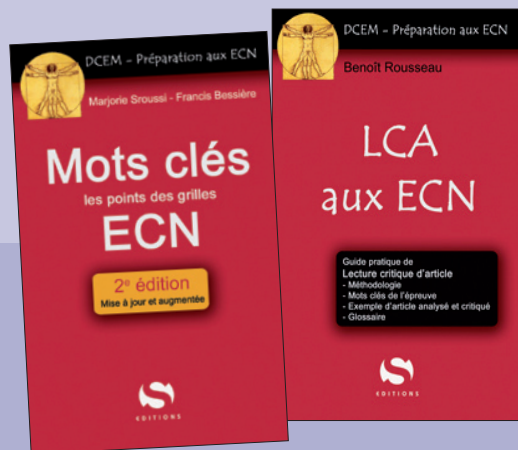
S-éditions : de la validation des partiels à la réussite des ECN



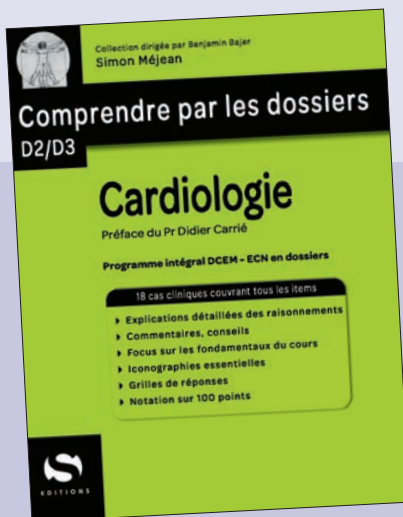
◀ Sémiologie : à partir de P2.
Relu et validé par un collège
d'enseignants universitaires et de
médecins spécialistes.
+ de 500 illustrations.

Pneumologie : à partir de D2.
Le référentiel national de
préparation de l'ECN.
Rédigé par le collège national de
pneumologie. ▼

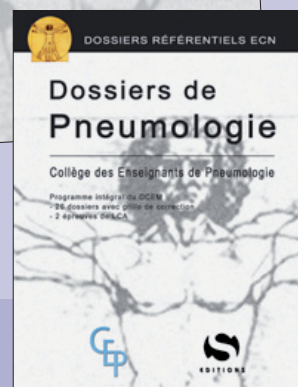
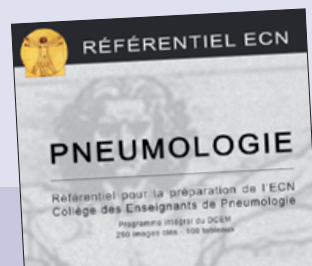
D1



▲ Coll. ECN préparation :
à partir de D3.
Gagnez du temps et des points.
Tous les trucs et astuces des
conférenciers.



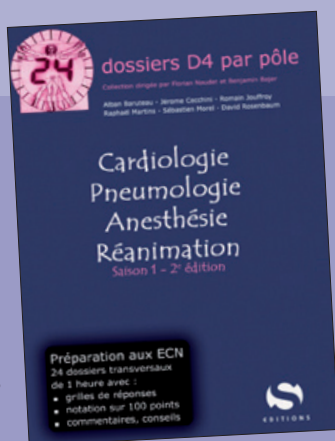
▲ Coll. Comprendre par les
dossiers D2/D3 : à partir de D2.
Tous les items du programme DCEM
traités en dossier pour consolider
vos acquis et valider vos partiels.



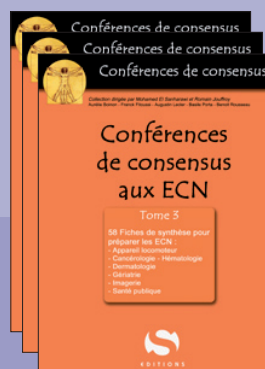
D2

▲ Dossiers de Pneumologie
: à partir de D2.
Dossiers référentiels ECN.
Rédigé par le collège
national de pneumologie.

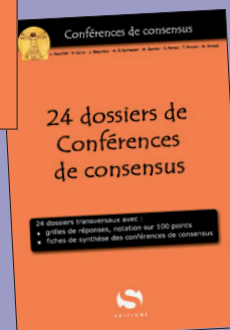
D3



Coll. 24 dossiers D4 par pôle :
à partir de D3.
Dossiers transversaux « dernier tour »
de mise en situation réelle aux ECN.
Toutes les difficultés et les pièges
détaillés par les conférenciers. ▶



Coll. ECN consensus :
à partir de D3.
Fiches de synthèse et
dossiers de conférence
de consensus
indispensable pour se
préparer aux ECN. ▶



D4



EDITIONS

www.s-editions.com

Ce dossier est offert par :

Unithèque
livres & outils du savoir.com