

UE 2.5 S3 Processus inflammatoires et infectieux
TD3 : Infections urinaires, pulmonaires et méningite
TD n°4

Cas clinique n°1 :

Vous êtes en stage dans le service de maladies infectieuses et vous prenez en charge avec l'infirmière Madame G, âgée de 28 ans qui vient d'être mutée des urgences ce jour accompagnée de son mari.

Cette patiente n'a aucun antécédent médical et chirurgical. Seule est notée une rhinopharyngite banale depuis 3 jours non traitée. Madame G est à jour de ses vaccinations.

A l'examen clinique d'entrée réalisé par l'interne, il est noté :

- Des céphalées généralisées très violentes,
- Des vomissements en jet,
- Une photophobie,
- Une raideur de la nuque,
- Des rachialgies et des myalgies,
- Une obnubilation de la conscience,
- Une hyperesthésie cutanée,
- 5 taches purpuriques sur la cuisse gauche

Au cours de l'examen clinique, vous prenez les constantes. Les résultats sont les suivants :

- Température : 39°8
- Pouls : 110 battements par minute
- Pression artérielle : 110/70 mm de Hg (PA habituelle : 120/80)
- Fréquence respiratoire : 18 mouvements par minute

Au vu de l'examen clinique, l'interne décide de laisser Madame G dans une chambre seule et de la placer en isolement septique.

A 12h30, l'interne prescrit la réalisation en urgence des examens suivants :

- Numération Formule Plaquettaire (NFP),
- 3 séries d'hémocultures,
- Ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie,
- Protéine C Réactive (CRP)
- Examen Cytobactériologique de la gorge. Radiographies pulmonaires et des sinus,

- Ponction lombaire avec étude cyto bactériologique en urgence,
- Pose d'une voie veineuse périphérique avec un garde veine de 500 ml de SG 5 %,
- PERFALGAN® 1 gramme en intra veineuse lente (solution prête à l'emploi 1000 mg/100 ml) à passer sur 15 minutes, en systématique toutes les 6 heures, en dérivation sur la voie veineuse périphérique,
- PRIMPERAN® 1 ampoule de 10 mg/2 ml en IV lente sur 3 minutes en intra tubulaire si vomissements, toutes les 8 heures si besoin,
- ROCEPHINE® 1 gramme toutes les 6 heures en IV lente en 2 à 4 minutes, pendant 10 jours,

Ce traitement est à débiter en urgence. La ponction lombaire montre un Liquide Céphalo-rachidien trouble. L'étude cyto bactériologique révèle la présence de bactéries.

Les premiers résultats des examens biologiques sont les suivants :

- NFP :
 - Hématies : 4 800 000/mm³
 - Leucocytes : 12 000/mm³ avec prédominance de polynucléaires neutrophiles,
 - Plaquettes : 300 000/ mm³
- Ionogramme :
 - Sodium : 142 mmol/L
 - Potassium : 4,5 mmol/L
 - Glycémie : 1.10 g/L
 - Urée : 2,8 mmol/L
 - Créatinine : 80 Micromol/L
 - CRP : 200 mg/L

Question n°1 : Quelle hypothèse diagnostique faites-vous au regard de cette situation ? Relevez dans le cas concret les signes cliniques et paracliniques présents à l'arrivée de Madame G en faveur de cette hypothèse ? Explicitez votre réponse.

Question n°2 : Au vu des résultats de la PL et des ATCD de la patiente, à quel type de méningite pensez-vous ? Argumentez votre réponse.

Question n°3 : Quel isolement septique devez-vous mettre en place ? Quelles sont les actions à mettre en œuvre afin de respecter l'isolement ? Quelle est la durée de l'isolement ?

Question n°4 : Argumentez l'intérêt des prescriptions médicales à l'aide du tableau suivant :

Question n°5 : L'interne vient de réaliser un PL à Madame G. Au regard du risque suivant, « Risque de syndrome post Ponction Lominaire non traumatique ». Donnez l'objectif ainsi que vos actions en lien avec ce risque ?

Question n°4 :

L'interne prescrit à la sortie un traitement préventif du risque de récidence de méningite. De quel traitement s'agit-il ?

Cas clinique n°2 :

Madame H se présente en service de chirurgie esthétique dans lequel vous êtes actuellement en stage pour une pose de prothèse mammaire en ambulatoire.

Vous réalisez l'entretien d'accueil préopératoire.

La patiente est à jeun, le bilan prescrit a été prélevé en laboratoire, les consentements chirurgicaux et d'anesthésie sont signés. Elle s'est dépilée la veille et a pris une douche pré opératoire avant de venir.

Au cours de l'examen clinique, vous prenez les constantes. Les résultats sont les suivants :

- Température : 37°5
- Pouls : 78 battements par minute
- Pression artérielle : 120/80 mm de Hg
- Fréquence respiratoire : 14 mouvements par minute
- Saturation en oxygène : 98% en AA

Vous lui demandez de réaliser la bandelette urinaire, faisant partie du bilan complet. Elle vous dit que cela tombe bien car elle a une envie impérieuse d'uriner. Elle explique également avoir ressenti une sensation désagréable lors de sa dernière miction il y a seulement 5 minutes.

Question n°1 : Quelle hypothèse diagnostique faites-vous au regard de cette situation ? Relevez dans le cas concret les signes cliniques et paracliniques présents à l'arrivée de Madame H en faveur de cette hypothèse ? Explicitez votre réponse.

Question n°2 : Expliquez succinctement la physiopathologie des infections urinaires ascendantes. Caractérisez ce qui permet le diagnostic différentiel avec la pyélonéphrite ? Définissez une IU basse et un IU haute. Quels sont les examens à réaliser ?

Vous donnez le matériel nécessaire à Madame H pour qu'elle réalise la BU.

Question n°3 : Quels conseils lui donnez-vous et quelles précautions prenez-vous pour réaliser cet examen ?

Question n°4 : Comment interprétez-vous ces résultats ?

Question n°5 : Quelles consignes donnez-vous à Madame H pour réaliser ce prélèvement ?

Question n°6 : Quels conseils hygiéno-diététiques donnez-vous à Mme H ?

Question n°7 : Le diagnostic d'infection urinaire est posé, comment adapter le traitement de l'infection urinaire afin de prévenir le risque de résistance aux antibiotiques ?

Question n°8 : Et pour un patient porteur de SAD, comment prévenir les IU ?

Cas clinique n°3 :

Vous êtes stagiaire en service de chirurgie orthopédique et prenez en charge Monsieur K, à J1 post opératoire d'une prothèse totale de hanche à droite. Il est âgé de 81 ans. Il était autonome avant l'intervention mais invalidé par des douleurs au repos, accentuées par les mobilisations.

ATCD : Coxarthrose bilatérale

PTH G en 2022

HTA équilibrée traitée par Amlor 5 mg 1-0-0

Il vit avec sa femme qui est valide et autonome, dans une maison de plein pied. C'est d'ailleurs sa personne de confiance.

Traitement post opératoire :

Perfalgan 1g toutes les 4 à 6h en systématique.

Acupan 20mg toutes les 4 à 6h si EVA > ou = à 3.

Bi profénid LP 150 mg 1-0-1

Morphine S/C 10mg si douleurs persistantes une fois les autres antalgiques donnés

Il avait été titré en morphine au bloc opératoire.

NB définition titration de morphine IV : méthode pharmacologique qui consiste à administrer successivement des bolus de morphine jusqu'à obtenir le soulagement du patient, tout en réduisant l'incidence des effets indésirables morphiniques dont la plupart sont dose-dépendants.

L'infirmière, à la relève du matin, vous explique que Monsieur K était très désorienté dès son retour de bloc. Elle a dû joindre l'interne de garde qui a prescrit une hydratation de 1l de Polyionique 5%/24h et de la pose d'une contention à réévaluer en fonction de sa désorientation temporo-spatiale.

Ce matin, Monsieur K est calme, l'interne vous autorise à retirer les contentions. Vous installez le patient à petit déjeuner en position demie-assise dans son lit.

Il est affamé et mange très vite son repas. Soudain, il présente les signes d'une OTVAS.

Au bout de 3 tapes dans le dos, il se met à tousser et recrache le morceau de pain qui obstruait la trachée.

Durant les 48 prochaines heures, le patient a eu des OPAVS lors des repas et quelques épisodes subfébriles.

Question n°1 : Quels sont les signes de l'OTVAS, de l'OPVAS et les conduites à tenir en fonction ?

Question n°2 : Au regard de cette situation clinique, quelle hypothèse diagnostique faites-vous ? Argumentez votre réponse.

Question n°3 : En tenant compte de la prévention du risque de récurrence, quelles sont les précautions à mettre en œuvre concernant l'environnement du patient, son installation et son observation clinique ?