

# Cas clinique

Homme âgé de 64 ans s'est présenté à l'hôpital régional suite à une chute de sa chaise roulante.

A l'examen clinique:

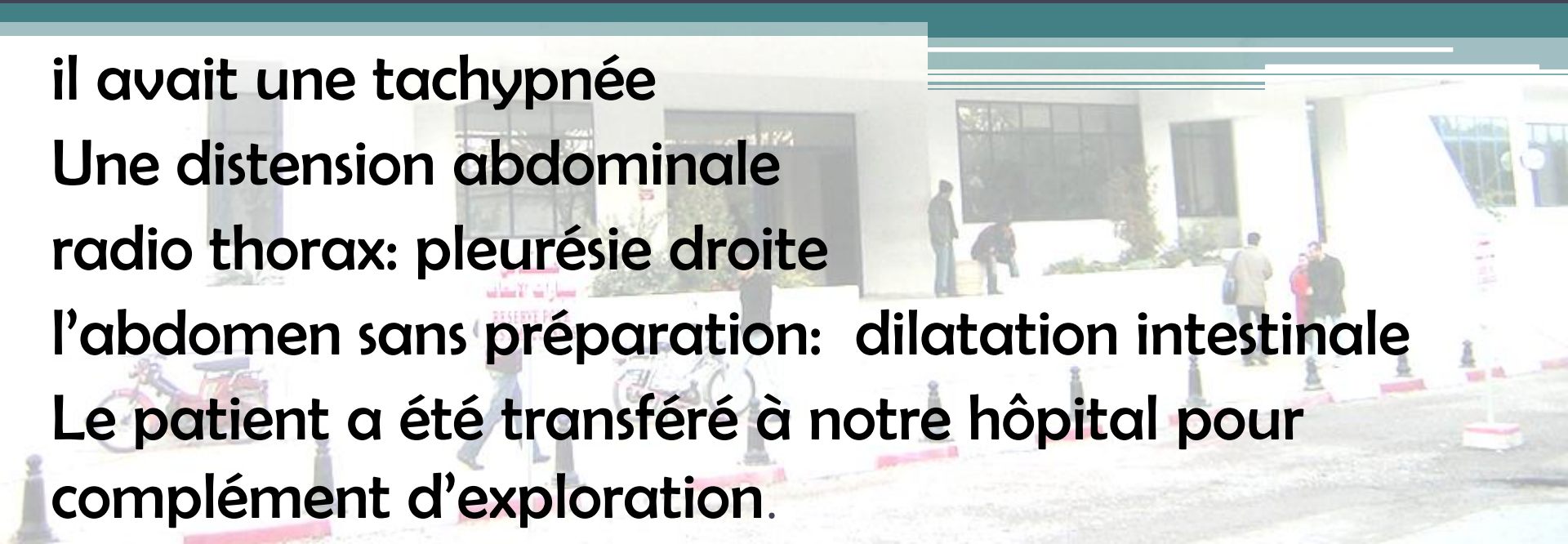
**il avait une tachypnée**

**Une distension abdominale**

**radio thorax: pleurésie droite**

**l'abdomen sans préparation: dilatation intestinale**

**Le patient a été transféré à notre hôpital pour complément d'exploration.**



## ***L'interrogatoire:***

### ***Antécédents:***

- \* Diabète de type 2
- \* HTA sous aspirine, glipizide, lisinopril, finasteride
- \* Hypertrophie bénigne de la prostate
- \* Ulcère sous omeprazole, métronidazole et clarithromycine
- \* Arrêt de Tabac depuis 5 ans

**Le patient rapporte la notion d'une gêne respiratoire et d'une distension abdominale évoluant depuis quelques semaines.**

**Notion de nausée, dyspepsie et sacieté précoce évoluant depuis quelques années**

**Pas notion de perte de poids**

## *Examen physique:*

Temp: 36.4°C;

TA:108/58 mm Hg

Pouls regulier à 103 batt/min;

fréquence resp: 26 cycles/min;

satO 93% sous 3l d'oxygene.

Auscultation: Weezing expiratoire, diminution des murmures vesiculaires au niveau de la base droite.

Abdomen distendu avec signe de flow positif.

# Biologie:

**NFS:** Hb=10,4g GB=12200/mm<sup>3</sup> pq=348000/mm<sup>3</sup>  
**sodium**=134 mEq/L (135-145 mEq/L)  
**bicarbonate**= 21 mEq/L (22-29 mEq/L)  
**uree**= 35 mg/dL (8-24 mg/dL)  
**creatinine**=1.5 mg/dL (0.8-1.3 mg/dL)  
**chloride**=103 mmol/L (100-108 mmol/L)  
**Glucose**=160 mg/dL (70-100 mg/dL)  
**ASAT**=15 U/L (17-59 U/L);  
**Bilirubine totale**= 0.3 mg/dL (0.1-1.0 mg/dL)  
**albumine**= 2.9 g/dL (3.5-5.0 g/dL)  
**lactate**=0.78 mmol/L (0.6-2.3 mmol/L).

- **Autres explorations:**

- ★ **TDM abdominale :**

ascite de moyenne abondance, pleurésie droite , aspect nodulaire du foie.

- ★ **Ponction pleurale :** liquide serosanguin.

LDH 724 U/L, protéine 4.1g/dL, glucose 121mg/dl, pH=7.7  
cellulaire 1196 U/L: 46% neutrophile, 50% lymphocytes ,  
2% monocytes et 2% eosinophiles.

- ★ **LDH plasmatique 200 U/L, taux protéine plasmatique 5.7 g/dL.**

- Quelle est l'origine la plus probable de l'épanchement pleural:

*1- insuffisance cardiaque congestive*

*2- pneumonie*

*3- neoplasique*

*4- embolie pulmonaire*

*5- cirrhose*

- Quelle est l'origine la plus probable de l'épanchement pleural:

*1- insuffisance cardiaque congestive*

*2- pneumonie*

*3- neoplasique*

*4- embolie pulmonaire*

*5- cirrhose*

La première étape de l'analyse : l'épanchement est-il de nature **exudative** ou **transudative**?

Les critères de base de Lights et al:

***Exudat :***

- rapport protéine pleurale/ protéine plas  $> 0,5$
- rapport LDH pleural/ LDH plas  $> 0,6$
- LDH pleural  $> 2/3$  limite supérieur d'LDH plasmatique

On parle d'un épanchement exudative quand il existe au moins un critère.

Pour notre patient les 3 critères sont là.

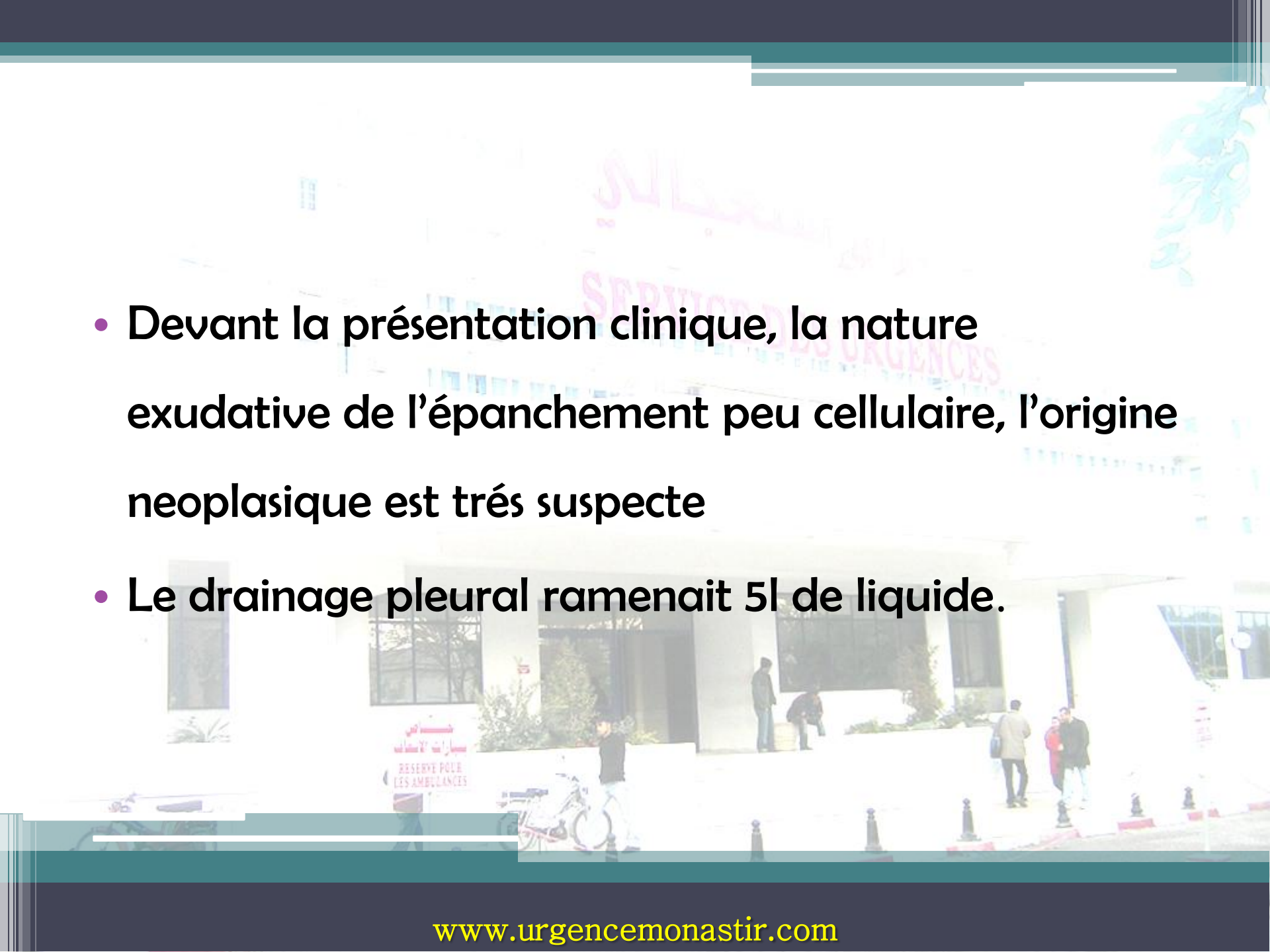


- L'insuffisance cardiaque congestive est la cause la plus fréquente d'épanchement pleural:  
épanchement transudatif, généralement bilatéral.
- La pneumonie est la deuxième cause la plus commune:  
épanchement à prédominance PNN  
cellularité  $> 10000U/l$

Dans notre cas le compte cellulaire est à 1196, pas de toux ou autre symptôme évoquant une infection.

- L'origine neoplasique est la 3<sup>ème</sup> cause d'épanchement pleural. Devant la présentation clinique et les résultats de l'analyse du liquide pleural elle est la plus évoquée.
- Au cours de l'embolie pulmonaire l'épanchement est presque toujours exudatif, de faible abondance, le nombre d'hématie peut être élevé.
- Cirrhose est la cause la moins commune d'épanchement pleural transudatif, les patients qui ont une cirrhose avec ascite peuvent développer un hydrothorax.

Malgré que notre patient a une ascite et un foie nodulaire, pas d'histoire de cirrhose, le bilan hépatique est correct et l'épanchement est exudatif

- 
- The background image shows a multi-story hospital building with a light-colored facade. Large Arabic calligraphy is visible on the upper part of the building. Below it, a sign in French reads "SERVICES DES URGENCES". In the foreground, there is a sign that says "RESERVE POUR LES AMBULANCES" (Reserve for Ambulances). Several people are walking around the entrance area, and a motorcycle is parked near the sign.
- **Devant la présentation clinique, la nature exudative de l'épanchement peu cellulaire, l'origine neoplasique est très suspecte**
  - **Le drainage pleural ramenait 5l de liquide.**

**Lequel parmi les tests suivants le moins utile au cours de l'analyse du liquide d'ascite:**

- 1- compte cellulaire et différenciation***
- 2- coloration Gram***
- 3- dosage d'albumine***
- 4- le taux de protéine***
- 5- cytologie***

Lequel parmi les tests suivants le moins utile  
au cours de l'analyse du liquide d'ascite:

*1- compte cellulaire et différenciation*

*2- coloration Gram*

*3- dosage d'albumine*

*4- le taux de protéine*

*5- cytologie*

- La cellularité est très importante pour le diagnostic des péritonites bactériennes primitives caractérisées par un taux de PNN  $> 250/\text{mm}^3$

Dans notre cas la péritonite bactérienne primitive est éliminée devant l'installation récente du tableau clinique.

- Le fait de sa faible sensibilité la coloration Gram est inutile pour le diagnostic cependant elle garde son intérêt si une perforation intestinale est suspect.

- Le taux d'albumine sert à calculer le **Gradient Albumine Serum-Ascite (SAAG)**=  
taux d'albumine dans le liq d'ascite – albuminémie

\* **SAAG  $\geq$  1.1g/dl** se voit dans l'HTP,  
insuffisance cardiaque congestive  
et le Sd de Budd-Chiari

\* **SAAG  $<$  1.1 g/dl** est associé à une  
carcinose péritonéale,  
TBC péritonéale  
et Syd néphrotique.

**Devant un SAAG < 1.1g/dl le calcul du taux de protéine permet d'orienter le diagnostic:**

**\*taux < 2.5g/dl est associé à un Syd néphrotique**

**\*taux > 2.5g/dl se voit au cours des épanchements néoplasique ou tuberculeux**

- La cytologie n'est pas généralement incluse dans l'analyse initiale du liquide d'ascite cependant si l'origine néoplasique est suspecté cet examen doit être pratiqué.**



- Pour notre patient: EB = 463 avec 2% PNN

Protéine= 3.8g

alb= 2.2

Devant un **SAAG < 1.1g** avec **pt totale > 2.5g** le tableau clinique est compatible avec une TBC abdominale ou une origine néoplasique.

- L'analyse du liquide pleural et péritonéal était en faveur d'un adénocarcinome avec présence de cellules en Bague à Chaton.

**Quelle est la meilleure étape ultérieure pour la prise en charge du patient:**

- 1- FOGD pour localiser le primitif***
- 2- scintigraphie pour stadifier la tumeur***
- 3- adresser pour une éventuelle tumerectomie***
- 4- discuter une chimiothérapie***
- 5- traitement symptomatique***

Quelle est la meilleure étape ultérieure pour la prise en charge du patient:

- 1- FOGD pour localiser le primitif*
- 2- scintigraphie pour stadifier la tumeur*
- 3- adresser pour une éventuelle tumerectomie*
- 4- discuter une chimiothérapie*
- 5- traitement symptomatique*

**99% des carcinome avec cellule en Bague à Chaton se localisent au niveau de l'estomac.**

**Etant donné que le cancer gastrique est le diagnostic le plus probable une FOGD serait utile pour localiser le primitif cependant vu que nôtre patient présente des métastases à distance les explorations invasives s'avèrent inutile et même la scintigraphie puisque on est devant un stade avancé de la maladie.**

**Le traitement chirurgical n'est pas indiqué devant la présence des metastases ainsi la chimiothérapie trouve son intérêt permettant d'améliorer la survie.**

**L'entretien avec l'oncologue a conclu que l'état du patient ne permet pas de subir une chimiothérapie systémique cependant après discussion avec la famille on a décidé de poursuivre les soins.**

**Après quelques jours le patient gardait une difficulté respiratoire, une radio thorax de control montrait une récidence de l'épanchement pleural.**

**Quel est le traitement le plus approprié devant un épanchement pleural récidivant:**

***1- drain thoracique et pleurodèse chimique***

***2- shunt pleuropéritoneal***

***3- cathéter pleural à long-terme***

***4- ponctions répétitives***

***5- observation et traitement symptomatique de la dyspnée***

**Quel est le traitement le plus approprié devant un épanchement pleural récidivant:**

***1- drain thoracique et pleurodése chimique***

***2- shunt pleuropéritoneal***

***3- cathéter pleural à long-terme***

***4- ponctions répétitives***

***5- observation et traitement symptomatique de la dyspnée***

- Le drain thoracique avec pleurodèse chimique est le traitement le plus fréquemment utilisé dans les épanchements pleuraux d'origine néoplasique cependant il s'agit d'une procédure coûteuse, invasive et douloureuse avec durée de séjour à l'hôpital prolongée ce qui n'est pas idéal chez un patient dont l'espérance de vie est limitée.
- Shunt pleuropéritoneal est utilisé au cours des épanchements réfractaires ne répondant pas au pleurodèse chimique. Dans le cas de notre patient le drainage dans l'espace péritoneal peut aggraver l'ascite.



- L'insertion d'un cathéter pleural à long terme est l'alternative la plus appropriée pour le traitement des épanchements neoplasique surtout chez les patients nécessitant un traitement palliatif.
- La ponction pleurale répétitive est généralement utilisé chez les patient avec une espérance de vie très limitée.

Chez notre patient un cathéter pleural à long terme a été mis en place avec amélioration de sa dyspnée mais persistance des nausées.

**Quel est le traitement le plus approprié pour soulager ses nausées:**

- 1- Endoscopie haute et mise en place d'un stent auto-expansif***
- 2- Radiothérapie locale***
- 3- Metoclopramide***
- 4- Prochlorperazine***
- 5- Corticostéroïdes***

- Quel est le traitement le plus approprié pour soulager ses nausées:

***1- Endoscopie haute et mise en place d'un stent auto-expansif***

***2- Radiothérapie locale***

***3- Metoclopramide***

***4- Prochlorperazine***

***5-Corticostéroïdes***

- Le moyen le plus efficace pour traiter les nausée lié au neo gastique est l'emplacement d'un stent auto-expensif , il s'agit d'une méthode peu invasive, efficace mais dépend de la taille et du siège de la tumeur.
- La radiothérapie palliative est indiquée en cas de tumeur gastrique obstructive, douloureuse ou saignante en cas d'echec des autre alternative car les neo gastriques sont peu sensibles au radiation.

- Le metoclopramide est utilisé au cours des nausées secondaires à une stase gastrique avec obstruction partielle, en cas d'obstruction intestinale complète les agents prokinétique sont à éviter.
- Prochlorperazine est un autre antiémétique efficace pour traiter les nausées liées à des tumeurs obstructives.
- Les corticostéroïdes comme la dexaméthasone sont utilisés en cas de contre-indication des stents.
- Notre patient était mis sous metochlopramide et prochlorperazine après échec du stent. Il décédait après 8j.