



11 bis quai de Turenne
44000 Nantes
02 40 20 33 20

Site internet : www.cours-galien.fr



"Le hasard ne favorise que les esprits préparés" Louis Pasteur

NOM :

VILLE :

Prénom :

Note sur : / 50

INTERNAT PHARMACIE

DOSSIER N°1

50 POINTS

Date : Samedi 12 mars 2011 & Dimanche 13 mars 2011



Dossier n°1
- 1 -



Mr P. âgé de 41 ans, consulte en urgence son médecin traitant pour un syndrome hémorragique. Il a présenté dans la matinée des épistaxis.

A l'interrogatoire, on retrouve une asthénie très importante, une perte de poids de 4 à 5 kilogrammes depuis 3 mois et une angine résistante au traitement par antibiotique.

A l'examen clinique, on retrouve un purpura pétéchial avec des ecchymoses ainsi qu'une angine érythémato-pultacée recouvrant les 2 amygdales.

Mr P. est pâle, en sueur avec une tachycardie à 120/min et une température à 39,5°C.

1. *Que suspectez-vous face à ces symptômes cliniques ?*

Les premiers examens sanguins révèlent :

- Leucocytes : 2 G/L
- Hémoglobine : 65 g/L avec VGM :90 fL
- Plaquettes : 50 G/L

Le frottis sanguin montre la présence de 13 % de blastes comportant des corps d'Auer.

Le bilan d'hémostase également demandé en urgence indique :

- TCA à 2,4 (rapport malade/témoin)
- TP à 30 %
- Fibrinogène : 0,8 g/L

2. *Après avoir donné les normes physiologiques des leucocytes, de l'hémoglobine et des plaquettes, quel diagnostic hématologique suspectez-vous ?*
3. *Décrire le mécanisme physiopathologique du trouble de la coagulation observé après l'avoir défini?*
4. *Quels examens complémentaires faut-il demander pour confirmer le diagnostic ?*
5. *Quel est le principal agent bactérien mis en cause dans les angines érythémato-pultacées ? Donner ses caractéristiques microbiologiques et les modalités de son identification. Quel est le traitement recommandé en première intention (famille du principe actif et mécanisme d'action) ?*
6. *Quelle va être la prise en charge globale du patient lors de son hospitalisation ? (citez les optiques thérapeutiques sans détailler la pathologie de fond)*





11 bis quai de Turenne
44000 Nantes
02 40 20 33 20
Site internet : www.cours-galien.fr



"Le hasard ne favorise que les esprits préparés" Louis Pasteur

CORRECTION

INTERNAT PHARMACIE

DOSSIER N°1

HÉMATOLOGIE

Date : Samedi 12 mars 2011 & Dimanche 13 mars 2011



Correction dossier n°1
- 1 -



Mr P. âgé de 41 ans, consulte en urgence son médecin traitant pour un syndrome hémorragique. Il a présenté dans la matinée des épistaxis.

A l'interrogatoire, on retrouve une asthénie très importante, une perte de poids de 4 à 5 kilogrammes depuis 3 mois et une angine résistante au traitement par antibiotique.

A l'examen clinique, on retrouve un purpura pétéchial avec des ecchymoses ainsi qu'une angine érythémato-pultacée recouvrant les 2 amygdales.

Mr P. est pâle, en sueur avec une tachycardie à 120/min et une température à 39,5°C.

1. *Que suspectez-vous face à ces symptômes cliniques ?*

Il faut suspecter une pancytopenie fébrile devant :

- Syndrome anémique → pâleur, asthénie, tachycardie.
- Syndrome hémorragique → épistaxis, purpura pétéchial, ecchymoses.
- Syndrome infectieux → angine résistante aux antibiotiques + température

Les premiers examens sanguins révèlent :

- Leucocytes : 2 G/L
- Hémoglobine : 65 g/L avec VGM :90 fL
- Plaquettes : 50 G/L

Le frottis sanguin montre la présence de 13 % de blastes comportant des corps d'Auer.

Le bilan d'hémostase également demandé en urgence indique :

- TCA à 2,4 (rapport malade/témoin)
- TP à 30 %
- Fibrinogène : 0,8 g/L

2. *Après avoir donné les normes physiologiques des leucocytes, de l'hémoglobine et des plaquettes, quel diagnostic hématologique suspectez-vous ?*

Leucocytes : 4 à 10 G/L

Hémoglobine : 130 à 170 g/L

Plaquettes : 150 à 450 G/L

Il faut évoquer une **leucémie aiguë myéloïde** de type LAM 3 devant :

- Pancytopenie
- Présence de blastes d'aspect myéloïdes avec corps d'Auer
- Suspicion de CIVD → syndrome de consommation + thrombopénie



3. Décrire le mécanisme physiopathologique du trouble de la coagulation observé après l'avoir défini?

La CIVD est une activation anormale de la coagulation aboutissant à une génération de thrombine et de fibrine, des dépôts intravasculaires viscéraux de fibrine, une consommation des facteurs de la coagulation et des plaquettes, et une fibrinolyse secondaire.

Des conséquences cliniques découlent de ces mécanismes :

- Thromboses de la micro-circulation avec risque d'ischémie tissulaire
- Hémorragies par déficits en facteurs hémostatiques et fibrinolyse souvent intense

Dans le cadre de la LAM 3, la CIVD est consécutive à une libération de substances procoagulantes contenues dans les granules des promyélocytes.

4. Quels examens complémentaires faut-il demander pour confirmer le diagnostic ?

- **Myélogramme** retrouvant une infiltration de plus de 20 % de blastes (d'aspect promyélocytaires, très granuleux et pouvant présenter des corps d'Auer en fagot) et une atteinte des autres lignées
- **Immunophénotypage** (si réalisable car prélèvements médullaires souvent coagulés donc inexploitable)
- **Cytochimie** (non indispensable)
- **Caryotype médullaire** à la recherche de translocations chromosomiques (t15 ;17)...
- **Biologie moléculaire** → PCR recherche du transcrite de fusion PML-RARa

5. Quel est le principal agent bactérien mis en cause dans les angines érythémato-pultacées ?
Donner ses caractéristiques microbiologiques et les modalités de son identification.
Quel est le traitement recommandé en première intention (famille du principe actif et mécanisme d'action) ?



Le principal agent bactérien responsable d'angine érythémato-pultacée est le **streptocoque A**

Streptococcus pyogenes →

- cocci Gram + en longues chaînettes capsulées
- anaérobie tolérant O₂
- catalase - et oxydase -
- habitat et réservoir strictement humain
- transmission strictement interhumaine

Identification →

- Prélèvement : gorge, pus divers éventuellement hémocultures
- Gram : cocci Gram + en chaînettes
- Culture : gélose au sang en aéro et anaérobiose (exigeant) → petites colonies blanches β-hémolytiques, croissance en 24 à 48 h à 37°C
- Identification :
 - groupage (classification de Lancefield) → groupe **A**
 - caractères biochimiques → selon laboratoire (galeries Api, Vitek...)
 - sensibilité aux antibiotiques (**S** amoxicilline / **R** Fluoroquinolones /
R bas niveau aux aminosides ...)
- TDR : Doctor Test sur prélèvement de gorge (diagnostic rapide au cabinet du médecin)

Traitement →

- Amoxicilline 2 g par jour en 2 prises pendant 6 jours
- Pénicilline du groupe A
- Inhibition de la synthèse du peptidoglycane en se fixant aux PLP
(peptidoglycane composant essentiel de la paroi bactérienne)

6. Quelle va être la prise en charge globale du patient lors de son hospitalisation ? (citez les optiques thérapeutiques sans détailler la pathologie de fond)

- **Traitement de l'anémie** par transfusion globulaire
- **Traitement en urgence de l'infection** par une antibiothérapie synergique bactéricide de type C3G + aminosides
- **Traitement de la CIVD**
 - **Transfusion de plaquettes** pour obtenir un chiffre > 50 G/L
(Si plaquettes > 50 G/L commencer héparinothérapie à dose isocoagulante)
 - Maintenir TP et facteurs coag entre ≈ 50 % par transfusion de **PFC**
 - Pas de PPSB ni antifibrinolytique
 - Ne pas commencer la chimio avant stabilisation
- **Traitement de la leucémie** avec mise en place d'un protocole de chimiothérapie après stabilisation de la CIVD (car risque de relargage de substances procoagulantes lors de la lyse des blastes entretenant la CIVD)
- **Hyperdiurèse** (2 à 3 L/j)
- **Surveillance**

