

ENONCE

Une patiente de 68 ans est amenée aux urgences par sa famille pour lombalgies aiguës évoluant depuis 48 heures et faisant suite à une chute de sa hauteur. A l'interrogatoire de sa famille, vous apprenez qu'elle est suivie depuis 10 ans pour une hypertension artérielle essentielle et qu'elle prend du ramipril (Triatec®) depuis plusieurs années. La fréquence cardiaque est à 125/min, la tension artérielle est à 80/40 mmHg, la température à 38°C. Le score de Glasgow est à 9, il n'existe pas de signes de localisation neurologique, il n'y a pas d'anomalie des réflexes pathologiques, la nuque est souple. L'auscultation cardiaque et pulmonaire ne vous apporte rien de particulier. L'abdomen est météorisé, sensible à la palpation, sans défense, avec un tympanisme, il n'existe pas de bruits hydro-aériques. L'examen du rachis trouve une douleur exquise à la palpation des épineuses L2 et L3. La mobilisation rachidienne active est impossible et la mobilisation passive entraîne une douleur intense. Les premiers examens biologiques effectués sont les suivants : Na 146 mmol/l; K 4,6 mmol/l; Cl 90 mmol/l ; Ca 4,40 mmol/l ; bicarbonates 13 mmol/l ; urée 34 mmol/l ; créatinine 230 µmol/l ; phosphore 1,4 mmoles/l [N = 0,8 – 3].

QUESTION n°: 1

Quels diagnostics envisagez-vous pour expliquer les manifestations cliniques et biologiques de cette patiente ?

REPONSES n°: 1

- **Hypercalcémie sévère compliquée** - **d'un collapsus (ou choc hypovolémique)** - **avec déshydratation globale** - **et d'une insuffisance rénale aiguë** - **probablement fonctionnelle**

En rapport probablement : - **avec un myélome multiple des os (ou maladie de Kahler)** - ou **avec un syndrome paranéoplasique d'un cancer, métastases multiples** - les autres causes d'hypercalcémie sont peu probables devant ce tableau (notamment parce que la phosphorémie est normale, ce qui élimine un hyperparathyroïdisme primaire ou secondaire) **Tassement vertébral** **Pas d'argument pour une compression médullaire.**

QUESTION n°: 2

Quels examens demandez-vous ?

REPONSES n°: 2

Electrocardiogramme , pour dépister les **troubles du rythme** pouvant être induits par l'hypercalcémie Bilan biologique : - **calcémie ionisée** - albuminémie - ionogramme urinaire - **numération formule sanguine avec numération plaquettaire** - **vitesse de sédimentation** - **hémostase avec TP, TCA** Bilan radiologique : - sera effectué après traitement de l'hypercalcémie - **radiographie du rachis dorso-lombaire face + profil, du bassin et du crâne face et profil** - **IRM du rachis dorso-lombaire** avec injection de Gadolinium - (en raison de la possibilité d'un myélome multiple, le **scanner avec injection d'iode est dans ce contexte contre-indiqué**). Après normalisation de la calcémie : Le bilan étiologique comprendra : 1- Recherche d'un myélome - **Electrophorèse et immuno-électrophorèse ou immunofixation des protéines sériques** - **Immunoélectrophorèse des protéines urinaires** à la recherche de chaînes légères (protéinurie de Bence-Jones) ou immunofixation - **Myélogramme** si le bilan initial est évocateur de myélome -2- **Recherche d'un cancer solide** : - si absence d'argument paraclinique en faveur du myélome - Radiographie de thorax - Dosage de la PTHrp - Si le bilan est négatif, on effectuera un PETscan. La biopsie médullaire si le myélogramme est normal pourra être réalisée à la recherche de métastases intra-médullaires.

QUESTION n°: 3

La famille de la patiente vous apporte la radiographie effectuée en ville il y a 48 heures, à la suite de sa chute. Décrivez la radiographie. Quel diagnostic évoquez-vous ? Quelle est votre prise en charge thérapeutique symptomatique ?



REPONSES n°: 3

Multiples géodes Myélome multiple Transfert en réanimation médicale ou service de soins continus Traitement symptomatique **Assurer la liberté des voies aériennes supérieures** - en raison des troubles de la vigilance **Correction du collapsus** - par remplissage vasculaire par soluté colloïde ou cristalloïde **Réhydratation parentérale** - par sérum salé isotonique - 2 à 4 litres sur les 12 premières heures Traitement **hypocalcémiant par bisphosphonates** - pamidronate (Aredia®) ou acide zolédromique (Zometa®) par voie parentérale **Diurèse forcée aux diurétiques contre-indiquée en l'absence d'une réhydratation correcte** . Traitements associés - **prévention des complications de décubitus par HNF (HBPM contre-indiquées car insuffisance rénale)** - **traitement antalgique (évaluation)** **Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance** . **NB : Si "diurèse forcée aux diurétiques", 0 à la question si cette réponse n'est pas accompagnée de "après s'être assuré de la correction de la volémie".**

QUESTION n°: 4

Vingt-quatre heures plus tard, l'état clinique s'est amélioré, la malade est apyrétique, a une conscience normale, une pression artérielle normale. Elle se plaint tout de même de violentes lombalgies continues, insomniantes. Comment prenez-vous en charge sa douleur ?

REPONSES n°: 4

Premier temps du traitement : - **repos au lit strict** - **contention antalgique du dos** simple ou par corset Traitement médical : Antalgiques de niveau I en première intention (type paracétamol) **Si échec, antalgique de niveau II (paracétamol + dextropropoxyphène (Di-Antalvic®))** **Puis si nouvel échec, antalgiques de niveau III ou antalgiques morphiniques** - par **voie parentérale dans un 1er temps** (sous cutanée ou intra veineuse) - à **dose progressivement croissante** jusqu'à obtention d'une analgésie satisfaisante - avec relais par voie orale En cas de résistance, on pourra associer aux antalgiques morphiniques un antalgique central non opiacé (tricycliques, phénothiazines, néfopam...) **L'évaluation de l'efficacité du traitement antalgique sera appréciée par une échelle visuelle analogique** .

QUESTION n°: 5

Cinq jours après le début du traitement, la patiente a brutalement une douleur basi-thoracique droite avec dyspnée. La pression artérielle est à 140/80 mm Hg, la fréquence cardiaque à 110/min, la fréquence respiratoire à 28/min. L'auscultation pulmonaire est normale. Elle a une température à 37,8° C. La gazométrie artérielle en air ambiant trouve : pH 7,49 ; PaO2 60 mm Hg ; PaCO2 28 mm Hg ; HCO3- 22 mmol/l ; SaO2 92 %. L'électrocardiogramme montre une tachycardie sinusale. La radiographie thoracique est normale. L'ionogramme plasmatique est normalisé mais l'urée et la créatinine sont toujours élevées (urée 15 mmol/l, créatinine 150 µmol/l). Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le mettrez-vous en évidence (en discutant le rapport bénéfice/risque des différents examens) ?

REPONSES n°: 5

Embolie pulmonaire de gravité modérée Bilan biologique : - **D-Dimères** - Avant instauration d'un traitement anticoagulant par héparine, il faut contrôler la NFS **plaquettes** , le TP et TCA, et les transaminases (ASAT-ALAT). Bilan radiologique : - **Injection d'iode contre-indiquée en raison du myélome sous-jacent et de la déshydratation avec insuffisance rénale fonctionnelle donc angioscanner pulmonaire contre-indiqué** - on effectuera plutôt **une scintigraphie pulmonaire de ventilation / perfusion** pour authentifier l'embolie pulmonaire - **échodoppler veineux des membres inférieurs** à la recherche d'une **phlébite profonde à l'origine de l'embolie pulmonaire** - **échographie cardiaque transthoracique** pour rechercher des arguments indirects (**dilatation des cavités droites** , **hypertension artérielle pulmonaire**) ou directs, plus rares (visualisation du caillot dans les cavités cardiaques) et **évaluer le retentissement.**

QUESTION n°: 6

Quel est le traitement de cet épisode ? Indiquez les médicaments utilisés, la posologie, la durée du traitement, les modalités de sa surveillance et les conseils que vous donnez à la patiente.

REPONSES n°: 6

Repos strict au lit **Oxygénothérapie nasale** adaptée à la saturation artérielle en oxygène Traitement anticoagulant : - **par héparine non fractionnée** - **voie intra-veineuse continue** - **après un bolus de 50 UI/kg de poids** - **500 UI/kg/jour** - **adapté à l'héparinémie** (comprise entre 0,3 et 0,6 UI/ml) ou TCA (valeur deux à trois fois le témoin) **Les héparines de bas poids moléculaires sont contre-indiquées ici en raison de l'insuffisance rénale** . **Relais précoce par antivitamine K** : - type fluindione (Préviscan®) - avec **INR cible entre 2 et 3 fois** le témoin - pour une durée totale de 6 mois **Conseils hygiéno-diététiques** : - **éviter certains aliments avec AVK (choux...)** - **aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens contre-indiqués** - **éducation sur le traitement anticoagulant** - **port d'un carnet de surveillance de traitement anticoagulant** - **injections intra-musculaires interdites** en raison du risque d'hématome musculaire

ITEM N° 319 : Hypercalcémie (avec le traitement)

ITEM N° 166 : Myélome multiple des os

ITEM N° 175 : Prescription et surveillance d'un traitement anti-thrombotique (P)

ITEM N° 135 : Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire