

# Cas clinique N 4



***VEND 28/01/2022***  
***RDTE OUHIBI ASMA***  
***SERVICE DE RÉANIMATION***  
***MÉDICALE***  
***RABTA***



- Patient âgé de 39 ans
- Sans atcds pathologiques notables
- Consulte pour fièvre au long cours



## Signes fonctionnels:

- fièvre à 40
- Polyarthralgies
- Douleurs abdominales
- Diarrhées
- Odynophagie
- Brûlure mictionnelles intermittentes

Cette symptomatologie évolue depuis 26 jours.



---

## Biologie:

- GB:15000 a prédominance PNN
- CRP:220
- **Procalcitonine >100**
- Hb:10,4 / lympho:1750/plq:455000
- Urée:5,8/créat:102
- Na:127/K:4,4
- ASAT:56/ALAT:124

# CAT initial



- Hospitalisé dans le service des maladies infectieuses
- Bilan de fièvre au long cours lancé
- A j 2 de PEC :
  - une hypotension: TA:70/40 (50) mm Hg ne répondant pas au remplissage.
  - FC:110 bpm
  - Oligurie (150cc/8h)

**entité clinique?**



- PAM  $\searrow\searrow$  Débit urinaire  $\searrow\searrow$ : ESG (SEPSIS)++
- Point de départ non encore identifié.



Transfert en unité de réanimation après conditionnement

Examen a l'admission en réanimation :

- TA:116/65 sous 3mg/h de Nad
- Fc:89 bpm
- GCS:15/15
- SpO<sub>2</sub>:100% a l'AA

# Quelles sont les examens complémentaires a demander?

- PCR COVID : négatif
- Séries d'hémoculture: 4 HC négatives, 1 positive a **Pantoea agglomerans**

BGN

Plantes, sol et l'eau

Bactérie opportuniste responsable de nombreuse infection chez l'adulte

- ECBU : culture négative

- TDM TAP : absence de foyers i

Parasite du gros intestin

Exclusivement humain

Eau, végétaux souillés par les selles de sujets infectés

- Examen parasitologique des selles: présence **d'entamoeba histolytica** .



- ETT a été faite pour éliminer une endocardite devant ce tableaux de fièvre au lon cours .



# Dg retenu ?



- Dg le plus probable: **EDC septicémique a BGN**
- ATB: :
  - ceftriaxone (betalactamine)
  - gentamycine (aminoside)
  - Metronidazole
- synergie
- bactéricide

# Evolution ???



- **Evolution défavorable :**
- pas de retour en apyrexie
- persistance des diarrhée
- des besoins croissants en NAD .





---

- Le dg a été redressé

- La CAT était de faire une escalade thérapeutique et mettre le patient sous :
  - Tienam
  - vanco
  - amiklin



***Quelle conduite  
diagnostique  
proposez  
vous?***



- Refaire l'enquete infectieuse : revenue négative
- Angio-TDM abdominale :  
Absence de foyer infectieux intra abdominal,  
lame d'épanchement pelvienne.

Origine abdo: innocentée++++

- EPS :négative



- a j 2 d'ATB a large spectre :
  - retour en apyrexie
  - SIB a la baisse
- Mais malade **dépend de 3 mg/h NAD**
- Avec instalation d'une **détresse respiratoire**

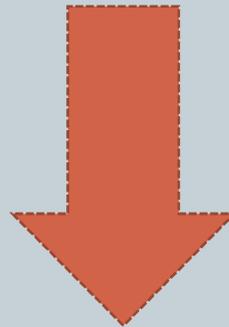
# *Quel est votre dg?*



Dg ?



- **Une embolie pulmonaire** est fortement suspectée



- Angio-TDM thoracique : **absence d'embolie pulmonaire .**  
**pas de foyer de pneumopathie**



---

## ***ETT:***

- **FEVG:23% , hypokinésie diffuse**
- PRVG non élevées
- DC= 3,2 L/mn
- La valve mitrale et aortique ont été bien individualisées et sont indemnes, non remaniées et sans végétation ni fuite.
- CD non dilatées.
- PAPS: 35 mm Hg
- Epanchement péricardique minime postérieure.



ECG : RRS ,BB dt incomplet

Troponine :921 ng/l

CPK :28 u/l

CAT pour mieux étayer le dg étiologique ?

# IRM cardiaque



- Myocardite œdémateuse sans signe de nécrose .
- FEVG:40%





- AAN: négatif
- AC ANCA :négatif
- Facteur rhumatoïde: négatif
- Sérologie VIH: négative
- Sérologie VHB ,VHC: négative
- Sérologie EBV: immunité ancienne
- Sérologie Cétomégalovirus:immunité ancienne
- Sérologie HSV:immunité ancienne
- AC anti –MBG:négatif

# EVOLUTION



- Amélioration de la fonction cardiaque .
- Sevrage progressive en amines vasoactives (doses 2-4 mg/h).
- Sevrage progressive en oxygène.

## Dg le plus probable



- **Myocardite virale:** - sérologies virales négatives  
-le contexte clinique n'est pas en faveur.
- **Myocardite auto-immune :** bilan auto-immun négatif .
- Tableaux franchement septique

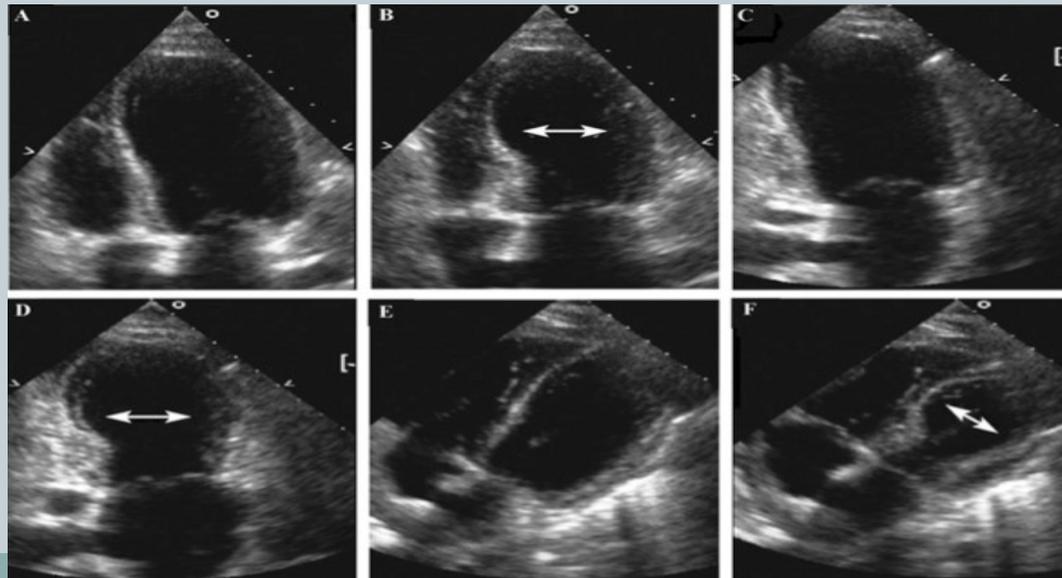
*cardiomyopathie septique*

# Cardiomyopathie induite par le sepsis (CPIS): mythe ou réalité

- La CPIS est une complication du sepsis sévère et du choc septique décrite pour la première fois par Parker en 1984 comme étant une dépression myocardique réversible survenant pendant le choc septique.



- L'échographie retrouve :
  - Une dilatation ventriculaire gauche,
  - Une diminution de la FEVG,
  - Une résolution dans les 7 à 10 jours.



Merci de votre  
attention!

