Médecine Interne-IUCT

Présentation du service

Patients : âge moyen 50 ans (*de 17ans à 80ans*), la moitié autonome et l'autre moitié présente une altération de l'état général AEG (*asthénie, douleurs…*)
Service : *arrivée vers 9h pour les trans, réunion de service tous les jeudis après-midis*
Unité 3A - protégé -> deux secteurs, lymphome et leucémie
Unité 3A - hautement protégé -> secteur des greffes de cellules souches avec tenues stériles obligatoires +++ // **Unité 3A - médecine interne ->complications**

Lexique

AHAI = anémie hémolytique auto-immune
BMR = bactérie multi-résistante
BOM = biopsie ostéomédullaire
CIVD = coagulation intravasculaire disséminée
EBLSE = entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu
LAL = leucémie aigüe lymphoblastique
LAM = leucémie aigüe myéloïde
LH ou LNH = lymphome hodgkidien ou non h.
LLC = leucémie lymphoïde chronique
LMC = leucémie myéloïde chronique
MM = myélome multiple
NTBR = « *not to be reanimated* »
PAC = port-à-cath *(port à cathéter, voie d'abord pour passer les traitements)*
PL = ponction lombaire
PTI = purpura thrombopénique immunologique
SMD/SMP = sd myélo-dysplasique / myélo-prolifératif
VVC/VVP = voie veineuse centrale /périphérique

Tous droits réservés ©

Rappels anatomo-physiologiques

Moelle osseuse : centre de production des cellules du sang. Une cellule souche unique se divise et se différencie pour produire la totalité des cellules sanguines en fonction des différents signaux de différenciation en distinguant 2 lignées principales :

- Lignée lymphoïde -> lymphocytes
- Lignée myéloïde -> globules rouges, plaquettes, monocytes - macrophages, polynucléaires (*baso-neutro-éosinophile*)

Elle se retrouve dans les os plats majoritairement (*sternum et os coxaux*)

Les anomalies des cellules souches ou toute perturbation dans le processus de différenciation/production entraînent les pathologies dites «hématologiques»

Principales pathologies

Syndrome myélodysplasique (+++) : anomalies de production des cellules d'une ou plusieurs lignées induisant leur apoptose dans la moelle avant leur maturation. Sujets plutôt âgés avec une ou plusieurs cytopénies d'origine centrale. Risque d'évolution en LAM.

Purpura thrombopénique immunologique : destruction des plaquettes dans le sang périphérique, d'origine immunologique. Patients de tout âge, tableau hémorragique ou asymptomatiques.

Drépanocytose : hémoglobine S, sujets jeunes noirs homozygotes, crises vaso-occlusives douloureuses +++ avec risque de syndrome thoracique qui peut engager le PV. Prise en charge surtout antalgique.

Orientation :

Une grande partie des patients arrivant ici n'a pas encore de diagnostic au moment de l'hospitalisation et est ensuite orientée vers un service spécifique une fois le diagnostic posé. (ex : un patient admis pour pancytopénie d'étiologie indéterminée -> si on trouve une leucémie aiguë -> orientation hémato, si on trouve un SMD -> il sera traité ici etc)

Tous droits réservés ©

Examen clinique

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

Interrogatoire

Motif d'hospitalisation (**MdH**) et histoire de la maladie (**HdM**)
Mode de vie : profession, intoxication alcoolo-tabagique et autres, voyage (*+++ même si voyage ancien car l'aplasie peut permettre à certains virus ou parasites de se réactiver*)
ATCD familiaux et personnels, médicaux, chirurgicaux et gynéco (*cancers, hémopathies, diabète, grossesses, ménopause…*)
Traitement en cours, allergie ou intolérance
Recherche de symptômes : AEG, perte de poids (*> 10% en 6 mois*), sueurs nocturnes, pâleur, hématomes, dyspnée, purpura, douleurs osseuses, prurit, ictère, paresthésies, fièvre, score OMS (*score d'autonomie*)…

Examen physique

Palpation des **aires ganglionnaires** (*cervicales axillaires et inguinales principalement*)
Abdo : recherche d'une hépato-splénomégalie (*foie dans l'hypochondre droit, rate dans l'hypochondre gauche*), recherche d'une masse digestive, constipation, bruits hydro-aériques, vomissements
ORL : vérifier les amygdales et rechercher des bulles hémorragiques intra-buccales +++
Neuro : surtout si compression médullaire (*cas typique d'un MM avec atteinte osseuse*) ou atteinte méningée (*hypoesthésie sur la coupe du menton,diplopie, paralysie faciale centrale*)
Infectio : recherche d'un point d'appel infectieux si fièvre, vérifier VVC et VVP
Vascu : rechercher un syndrome cave sup (*TOCTOC = Turgescence jugulaire, Oedème en pèlerine, Cyanose faciale, Télangiectasies, Oedème cérébral hypertensif, Circulation collatérale basi-thoracique cavo-cave*) et une ICD/ICG

Pour l'examen de la **rate** -> placer sa main sous le grill costal, demander au patient de respirer profondément. Lors de l'expiration, bloquer la main sous le grill, et lors de l'inspiration, le diaphragme abaissant la rate, celle-ci peut venir frapper votre main

/!\ toute rate palpable est pathologique /!\

Tous droits réservés ©

Examens complémentaires

Bio : NFS/plaquettes (*aplasie, anémie ?*), LDH (*marqueur d'hémolyse*), bilan rénal et hépatique, hémostase (*recherche CIVD*), CRP (*inflammation*), TDA (test direct à l'antiglobuline = Coobs direct), positif si hémolyse d'origine auto-immune

PL : pour analyse du LCR (*taux de cellules anormales pour caractériser une atteinte méningée*), ou pour ttt prophylactique avec injection intrathécale de chimiothérapie

Myélogramme : ponction de moelle osseuse au niveau sternal, pour voir si anomalies qualitatives et/ou quantitatives (*moelle riche en cellules ou pauvre*), recherche d'une infiltration médullaire si lymphome ainsi qu'une analyse cytogénétique avec souvent une virologie en supplément, immunophénotypage des cellules de la moelle

BOM (réalisé lorsque le myélo n'est pas contributif) : plus invasif, consiste à prendre une carotte d'os + moelle au niveau de la crête iliaque pour analyse de l'architecture de la moelle et recherche d'une infiltration médullaire

Thérapeutiques

Traitement étiologique : protocole de chimiothérapie/immunothérapie (chimio la plus utilisée : Azacytidine : ttt syndromes myélodysplasique)

Autres traitements : traitement symptomatique (tranfusion sanguine/ plaquettaire pour les SMD), antiémétiques, facteur de croissance pour réduire le temps d'aplasie, antibiotiques (ATB) pour prévenir les infections + en cas d'aplasie fébrile (pipéracilline-tazobactam ++ pour les aplasies fébriles à risque de BMR)

Pose de PAC pour les chimiothérapies

Notes

Merci aux étudiants qui ont rédigé ces fiches, ainsi qu'aux relecteurs !

Tous droits réservés ©