

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 25/04/2024

Secrétaire : Dr LEGRIX DE LA SALLE

Modérateur : Dr VERNIER

1 - DOSSIERS PRESENTES PAR LE GROUPE :

Dossier 1 : F 58 ans, suivi HTA, porteuse d'une myopathie mitochondriale, neuropathie, hyalinose. Mise sous Eupressyl par néphro, arrêté pour palpitations par le MG. Amélioration des symptômes mais TA limite. Tt déjà optimal, pas de modification. Risque : néphropathie. Décision de tolérer la TA. Pb : quel risque rénal avec cette tension ? Intérêt de baisser la TA par un traitement non validé en terme de risque CV ?

Dossier 2 : F 61 ans, sans prof, pour toux/rhinite depuis la floraison des bouleaux. Ballonisation valve mitrale. Diag. d'allergie respiratoire des voies respi. hautes. DRP et anti histaminique (desloratadine). Réf. biblio : Prescrire et SFORL : CT locaux et tests allergo. systématiques. Gêne modérée et faisabilité incertaine. Quand faire les tests si indication ?

Dossier 3 : F 96 ans, nouveau MT, déménagement après Covid. Lombalgie (arthrodèse et CLE), depuis une chute 1 mois avant. RO, écho thyroïdienne à contrôler. Ex. normal sf souffle cardiaque. Revoir rhumato +/- chir mais patiente réticente. Tt à réévaluer : refus modif prégabaline, bromazépam. Vérif. classif. Tirads pour cytoponction.

Dossier 4 : F 55 ans, directrice Montessori, pour sinusite. Dépression, allergie pénicilline non documentée. Scanner prescrit par ORL : pansinusite. Fébrile, douleur, antéflexion. Mise sous Augmentin 7j et AM 4j. Réf. : Antibiocliv.

Dossier 5 : F 80 ans, pas MT pour gynéco, cystites récidivantes depuis + mois, prolapsus non retrouvé. Améliorée sous Fémanose (par urologue). Diabète déséquilibré. Lichen. Ictère sans DA. Bilan bio large, normal.

Dossier 6 : H 16 ans, vu seul, entorses de cheville et genou vues à J14. Genou sec indolore mais pivot gênant. Cheville ok. Poursuite kiné, pas d'explo avant 2 semaines. Réf. : HAS lésion méniscale et du LCA, âge et délai post trauma non retrouvés.

Dossier 7 : F 63 ans, prof de Pilates, hépatite C guérie après bithérapie, RGO traité à la demande. 3^e épisode d'éruption circulaire de même localisation (avis dermato en attente). Troubles digestifs chroniques, adressée en gastro pour

endoscopie car modif. de ses symptômes. Pensées « qui s'imposent à elle » (sous une douche froide), à revoir si récidive.

Question à travailler pour la prochaine fois : Délai de prise en charge d'une lésion méniscale non dégénérative chez un sportif (Âge ?).

2 - REPONSES A LA QUESTION POSEE LORS DE LA SEANCE PRECEDENTE :

Quand faut-il faire un ECBU chez un patient sondé (SU ou JJ) ?

SPILF 2015, Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) :

En présence d'un dispositif endo-urinaire, les signes locaux habituellement rencontrés dans les infections urinaires sont absents. L'urgenterie n'est pas un signe d'infection.

Plus de 90% des patients sondés avec une bactériurie ou une candidurie >10.3 UFC/ml sont asymptomatiques.

Un changement d'odeur ou d'aspect des urines ne sont pas des signes spécifiques d'infection urinaire.

En revanche, l'apparition récente d'une hyperthermie (> 38°C), de frissons, d'une hypothermie (< 36°C) ou d'une hypotension non expliqués par une autre cause évidente imposent la réalisation d'un ECBU à la recherche d'une bactériurie.

Une modification de l'état cognitif ou une aggravation de la dépendance fonctionnelle, un malaise général ou une léthargie sans autre cause identifiée doivent également faire évoquer une infection urinaire.

Il est fortement recommandé de prélever l'urine par ponction directe après désinfection de l'opercule des sondes chez le malade sondé afin de réaliser un examen microbiologique (A-II). Il est fortement recommandé de respecter strictement les conditions optimales de prélèvement, de conservation de transport des urines et les délais avant examen afin de limiter la contamination et éviter la multiplication bactérienne dans l'échantillon d'urine prélevé (A-I).

Il est fortement recommandé de ne pas tenir compte de la leucocyturie et d'utiliser le seuil de 10.5 ufc/ml pour la bactériurie pour le diagnostic d'IUAS en présence d'un dispositif endo-urinaire (A-III).

En cas de prélèvement d'urine directement dans la vessie ou le bassinnet par ponction sus-pubienne, **sondage aller-retour**, cystoscopie, urétérostomie ou pyélostomie, toute bactériurie doit être considérée comme significative au seuil de détection des méthodes microbiologiques qui va dépendre du volume des urinesensemencées et se situe généralement aux environs de 10.2 ufc/mL.

3 - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES APPORTEES PAR LE GROUPE :

. Migraine et candésartan 16 mg en tt de fond (hors AMM mais validé), grade A,

à augmenter progressivement. Risque : hypotension et angio œdème.
. HAS : préconisation de rendre l'ACWY (en rempla du Neisvac) et le Bexsero obligatoires.

4 - ECARTS PAR RAPPORT A LA PRATIQUE RECOMMANDEE PAR HAS :

Sérologie Helicobacter chez un patient symptomatique, avec traitement sans confirmation par une deuxième méthode.

5 - SYNTHESE DES AMELIORATIONS PROPOSEES DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION DES SOINS :

Dr Estienny, Diaconesse
Omnidoc : « panel », SOS ECG

6 - SYNTHESE DES CAS COMPLIQUES :

7 - AUTRES QUESTION ET ECHANGES - DISCUSSION LIBRE :

Cas clinique à préparer pour la prochaine séance :
7^e cas du 8/4