

1 - CAS CLINIQUES EXPOSES

Cas clinique du Dr Patron :

Femme de 84 ans consultant pour une vaccination antigrippale et renouvellement de son traitement.

Problème débattu : indication au long cours des dérivés nitrés.

Cas clinique du Dr Tran :

Femme de 60 ans consultant pour des paresthésies des plantes et des mollets.

Problème débattu : exploration des paresthésies.

Cas clinique du Dr Molinié :

Femme de 44ans consultant pour harcèlement professionnel avec demande d'arrêt maladie et d'un certificat de harcèlement.

Problème débattu : aucun.

Cas clinique du Dr Gaudry-Viel :

Femme de 41 ans consultant pour des manifestations allergiques.

Problème débattu : aucun.

Cas clinique du Dr Zagdoun :

Femme de 76 ans. paraplégique, consultant pour des urines troubles.

Problème débattu : intérêt de la pratique des ECBU et de 1 'antibiothérapie en cas d'auto-sondage urinaire.

Cas clinique du Dr Gerstein :

Femme de 83 ans consultant pour un renouvellement de traitement après une hospitalisation brèves pour « malaise vagal ».

Problème débattu : conduite à tenir devant un malaise vagal du sujet âgé poly-médicamenté.

Cas clinique du Dr Laborne :

Bébé de 6 mois sans ATCD consultant pour conjonctivite, rhinorrhée et toux.

Problème débattu : efficacité des antihistaminiques.

Cas clinique du Dr Maury :

Enfant de 7 ans vu en fin de virose ORL.

Problème débattu : aucun

Cas clinique du Dr Piriou

Homme de 76 ans tabagique consultant pour une toux en quinte émétisante.

Problème débattu : intérêt du scanner thoracique chez un patient fumeur.

2 - QUESTIONS POUR LA PROCHAINE SEANCE (décembre 2006) :

1 - Indication des dérivés nitrés

2 - Devant quels signes cliniques et/ou paracliniques doit-on prescrire à un patient autosondé une antibiothérapie ?

3 - QUESTIONS DE LA SEANCE DU 12.10.2006 :

1 - Apports des EFR dans le diagnostic de l'asthme d'effort chez un adolescent ou un adulte jeune ?

L'asthme d'effort survient après un exercice violent comme la course. Il n'y a pas d'intérêt à pratiquer une épreuve d'effort pour un diagnostic d'asthme d'effort. Le diagnostic est avant tout clinique. Le traitement d'épreuve permet le diagnostic (Ref : avis du Dr Pascal Leclerc, pneumologue).

Dans de rares cas, on peut proposer un test de marche, test réalisé à l'Hôpital Saint Antoine, pour vérifier la chute de plus de 15% du VEMS après arrêt de l'effort (Ref : Indications EFR, Pr Jean Claude Dussaule, pièce jointe n°1)

2 - Conduite à tenir devant un hygroma ?

- a - Mise au repos de l'articulation intéressée
- b - prescription d'AINS
- c - poches de glace en alternance avec des pansements alcoolisés.

La ponction évacuatrice est souvent vouée à l'échec (récidive) et cause de surinfection. La chirurgie est rarement nécessaire, réservée aux formes rebelles.

Ref : Institut français de chirurgie de la main (pièce jointe n°2)

Ref : Affections chirurgicales des bourses sereuses par Dr F. Iselin

3 - CIRCUIT DE SOINS :

Gynécologue : Dr Guyot (hôpital de Poissy)

Diagnostic d'endométriose = IRM pelvienne par le Pr Biot (clinique du Val d'Or à St Cloud)

4 – TEMPS LIBRE :

Quel est l'âge du dépistage coloscopique en cas d'ATCD familial ?

LA chirurgie orthopédique est indiquée en cas d'asymétrie crânienne du nourrisson.

Pièce jointe n° 2

Service de Physiologie
Explorations Fonctionnelles
Pr. Jean-Claude Dussault

→ voir page 10 sur 13
test de marche

page 1 sur 1

Indications EFR

Les tests d'Explorations Fonctionnelles Respiratoires

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

- Accueil
- Remonter
- Examens EFR
- Indications EFR
- Pathologies
- Interprétation EFR
- Personnel EFR

1. INDICATIONS GÉNÉRALES
2. SPIROMÉTRIE
3. PLETHYSMOGRAPHIE
4. TEST DE BRONCHODILATATION
5. TEST D'HYPERACTIVITÉ BRONCHIQUE NON SPÉCIFIQUE
6. DLCO
7. GAZ DU SANG EN AIR AMBIANT
8. OXYMÉTRIE DE POULS
9. GAZ DU SANG EN HYPEROXIE
10. GAZ DU SANG EN O₂ PUR
11. TEST DE MARCHÉ

.....

P 10/13

INDICATIONS GÉNÉRALES DES EFR

Diagnostic d'une affection thoracique ou extra thoracique pouvant retentir sur la fonction respiratoire. Diagnostic d'asthme

http://www.chusa.upmc.fr/physio/efr/indications_efr.html

16/11/2006

- 1. États d'hypocoagulabilité sanguine importante
- 2. Arterite grave touchant l'irrigation de l'extrémité des membres supérieurs.

[Retour à la page des tables](#)

TEST DE MARCHÉ

Surveillance de l'évolution de la Saturation de l'Hémoglobine et de la Fréquence Cardiaque au cours d'une marche à puissance croissante mais n'excédant pas celle développée lors des activités physiques réalisées spontanément par le sujet dans sa vie courante.

Les tests d'exercice sont de plus en plus souvent pratiqués en pneumologie dans 3 buts principaux :

- 1. aide au diagnostic de l'origine d'une limitation à l'effort : pulmonaire, cardiaque ou périphérique;
- 2. appréciation de l'évolution et du pronostic de l'atteinte pulmonaire;
- 3. évaluation de l'efficacité de la thérapeutique : médicaments, oxygénothérapie ou réadaptation fonctionnelle.

Indications

1. Aide au Diagnostic:

- 1. objectiver une plainte de dyspnée d'effort surtout si les EFR et ou l'hématose de repos sont proches de la normale
- 2. dépistage d'une fibrose interstitielle débutante
- 3. détermination de l'origine cardiovasculaire ou cardiovasculaire d'une dyspnée d'effort dans le cas où coexistent des maladies cardiaque e pulmonaire (par exemple, BPCO et insuffisance ventriculaire gauche consécutive à un infarctus ou une HTA)
- 4. dépistage d'une hyper réactivité bronchique à l'effort par comparaison à la spirométrie dynamique avant exercice et à 5, 10 et 20 min après l'arrêt recherchant une chute de plus de 15 p. 100 du VEMS
- 5. quand la gazométrie de repos montre une hypoxémie : diagnostic différentiel entre véritable insuffisance Respiratoire de repos et inhomogénéité des rapports ventilation-perfusion intra-pulmonaires (se corrigeant quand la ventilation augmente à la marche). (par exemple, syndrome restrictif d'une obésité)
- 6. quand la gazométrie de repos est normale : recherche un seuil de puissance pour l'apparition d'une insuffisance respiratoire

2. Aide au Pronostic:

- 1. évaluation de la gêne fonctionnelle et de la désaturation d'une BPCO ;
- 2. critère de gravité des maladies vasculaires pulmonaires.

3. Aide à la Thérapeutique:

- 1. effet des corticoïdes dans la fibrose ;
- 2. effet de l'oxygénothérapie et ajustement du débit d'O₂ dans les BPCO ;

- détermination du niveau d'entraînement optimal sans risque de désaturation ;
- efficacité de la réadaptation fonctionnelle.

Principales Indications des Tests d'exercice

Contexte	Questions posées
Plainte de dyspnée d'effort	Existe-t-il une limitation d'exercice ? Sévérité de la gêne fonctionnelle d'effort ? Si oui, est-elle d'origine pulmonaire ou circulatoire ?
Syndrome obstructif	Existe-t-il une dyspnée d'effort ? Sévérité de la gêne fonctionnelle d'effort ? Si oui, est-elle d'origine pulmonaire ou circulatoire ?
Fibroses, pneumoconioses	Existe-t-il une limitation d'exercice ?
Syndrome interstitiel pulmonaire	Sévérité de la gêne fonctionnelle d'effort ?
Asthme	Existe-t-il un asthme d'effort ?
Obésité	L'hypoxémie de repos se corrige-t-elle à l'exercice ?
Embolie pulmonaire	Bilan post-embolie
HTAP	Bilan évolutivité

Contre-indications

Contre-indications absolues

- Infarctus myocardique récent (< 4 semaines)
- Maladie fébrile aigüe

- 1 Variations des signes ECG d'ischémie
- 2 Insuffisance cardiaque non contrôlée
- 3 Œdème pulmonaire
- 4 Myocardite ou péricardite aiguës
- 5 HTA non contrôlée (PAS > 200 mmHg ou PAD > 120 mmHg)
- 6 Asthme non contrôlé
- 7 Angor survenant au cours de l'activité quotidienne
- 8 Tachycardie de repos supérieure à 120 min⁻¹
- 9 Rythme Cardiaque irrégulier en raison d'extra-systoles ventriculaires.
- 10 Myocardiopathies et affections valvulaires sévères
- 11 Maladies Infectieuses aiguës

3 Contre-indications relatives

- 1 Désordres électrolytiques sévères
- 2 Troubles thromboemboliques
- 3 Anomalies ECG de repos
- 4 Diabète mal contrôlé
- 5 Epilepsie
- 6 Maladie cérébro-vasculaire

4 Conditions du test de marche

Le Médecin du Laboratoire d'EFR doit être en possession du dossier d'Hospitalisation ou de Consultation du patient historique de la maladie rédigé par le Médecin Traitant.

Les antécédents Cardio-Vasculaires et Pneumologiques doivent y être détaillés.

Le test ne sera réalisé que sur demande expresse du médecin prescripteur.

[Retour](#)

Références

1. Recommandations Européennes pour les EFR, 1994
2. Micromedex drug evaluation monographs vol.97, 1998)
3. Foucher P. et al. Médicaments impliqués en pathologie pulmonaire iatrogène. Rev. Mal. Resp. 13 :616-629, 1996.
4. ERS-Consensus statement. Optimal assessment and management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Statakas NM, Vermaire P, Pride NB et al. Eur. Resp. J. 8:1398-1420, 1995.
5. Standards for the diagnosis and care of patients with obstructive pulmonary disease. American Thoracic Society. Respiratory and Critical Care Medicine. Suppl. 152-5, 1995.
6. Indications des EFR. Rev.Mal. Resp.,12 :R115-R131, 1995.
7. Recommandations pour la prise en charge des Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives de la SPLF. Revue des Maladies Respiratoires. Supplément 2, 1997.
8. Zerah F. et al. Effects of obesity on respiratory resistance. Chest. 103 :1470-1476, 1993.
9. Bolliger CT, Perruchoud AP. Functional evaluation of the lung resection candidate. Eur. Respir. J. 11 :198-212, 1998.
10. Texier F (Hôpital saint-Antoine). Cancérs bronchiques du sujet âgé: la prise en charge. OPA pratique: 115, 1998.
11. (Gelb et al Chest 113 :1497-1506, 1998).

Retour à la table des matières

[Accueil] [Remonter] [Examens EFR] [Indications EFR] [Pathologies] [Interprétation EFR] [Personnel EFR]
Auteur : Dr J-F Bertholon

Envoyez un courriel électronique à physio@b3e.jussieu.fr pour toute question ou remarque concernant ce site Web.

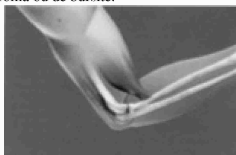
Dernière modification : 26 juin 2002

Hygroma du coude

Dr Victor KATZ /I.F.C.M - Paris

Qu'est ce qu'un hygroma ?

Il s'agit de l'apparition en arrière du coude, d'une tuméfaction ronde qui correspond au gonflement d'une bourse habituellement vide. Cette bourse séreuse est une cavité close qui facilite le glissement de la peau sur l'os lors de la flexion du coude. Cette poche peut s'enflammer, les parois fabriquent alors du liquide synovial et la tuméfaction apparaît : on parle d'hygroma ou de bursite.



Cette inflammation est souvent due à de petits traumatismes répétés, l'hygroma touche alors des sujets plutôt masculins dont l'âge moyen est de 35 ans. Un rhumatisme peut également être à l'origine (polyarthrite...), une pathologie à microcristaux comme la goutte ou une infection virale. Enfin une cause toujours à éliminer est l'infection qui débute souvent à partir d'une petite lésion cutanée.

Quels sont les signes de l'hygroma ?

La tuméfaction apparaît relativement rapidement et sa taille est variable, elle peut mesurer jusqu'à 10 cm. Il s'agit d'une poche bien mobile, non adhérente, peu douloureuse sauf à la pression appuyée. Le coude est bien mobile et non douloureux.

Lorsque cette tuméfaction est rouge, chaude, douloureuse avec une lésion cutanée en regard et des ganglions, nous sommes en présence d'une bursite infectée.

Quels sont les examens nécessaires ?

Le seul examen utile est une radiographie, le diagnostic est essentiellement clinique. La radiographie permet parfois de voir une "épine olécraniennne", saillie osseuse en arrière de l'olécrane responsable d'une irritation chronique.

Lorsqu'il existe un doute sur une bursite infectieuse, une prise de sang est faite pour confirmer qu'il existe un syndrome inflammatoire. La ponction à la recherche d'un germe dans ce contexte peut-être utile avant de débiter un traitement antibiotique.



Epine olécraniennne

Quelles sont les possibilités de traitement ?

Devant un hygroma les traitements sont nombreux mais peuvent être hiérarchisés de la façon suivante :

- ▶ arrêt des mouvements répétés ou des microtraumatismes
- ▶ poche de glace quelques minutes par jours en alternance avec des pansements alcoolisés légèrement compressifs
- ▶ prise d'anti-inflammatoires par voie orale
- ▶ immobilisation du coude en extension quelques jours
- ▶ intervention chirurgicale

La chirurgie est rarement nécessaire, elle est réservée aux formes rebelles aux autres traitements. La bourse est excisée par voie postérieure et une attelle est mise en place quelques jours pour diminuer le risque de récidives.

La ponction évacuatrice est souvent vouée à l'échec, l'hygroma se reforme aussitôt et les infiltrations de cortisone transforment parfois l'hygroma en bursite infectée.

Devant une bursite infectée, au stade débutant un traitement antibiotique peut-être débuté après prélèvements bactériologiques. Mais le recours à la chirurgie doit être rapide devant l'absence d'amélioration en quelques jours.

Quelles sont les complications possibles ?

Les complications génériques de la chirurgie :

Infection, désunion cutanée, raideur post opératoire et algodystrophie n'ont rien d'original

Les complications spécifiques

Elles sont liées essentiellement à deux risques :

- ▶ **le risque infectieux**, soit après la simple ponction soit même après la chirurgie et surtout si cette bursite a été « bricolée » avant l'acte chirurgical.
- ▶ **Les complications cutanées** car la peau est inflammatoire et le risque de nécrose locale n'est pas rare en particulier chez les patients fumeurs.

Voir aussi

- > les maladies du coude
- > Algodystrophie
- > Compression du nerf cubital au coude
- > Epicondylite ou tennis-elbow
- > Rupture distale du biceps brachial

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES BOURSES SÉREUSES

PAR

F. ISELIN

(Paris)

A. — HYGROMA

Nous étudions ici les affections non tumorales des bourses séreuses. Elles intéressent habituellement des bourses séreuses superficielles néoformées au niveau des parties molles recouvrant une saillie osseuse. Elles portent couramment le nom d'*hygromas*.

Sur le plan clinique, on est en présence d'une tuméfaction molle évoquant la collection par sa consistance. Elle est habituellement indolore et non gênante, sauf par son volume qui peut devenir considérable. La peau en regard est intacte et mobile mais souvent le siège de callosités indiquant la fréquence de micro-traumatismes locaux dont le rôle est certain dans l'apparition de l'hygroma.

Il se voit en effet avec prédilection dans certaines professions particulièrement exposées à des « frottements durs » au niveau d'apophyses osseuses : épaule de débardeur, genou du parquetteur et du mineur, moignon de l'amputé. L'hygroma du coude est certes le plus fréquent et se voit pour toutes sortes d'activités...

En soi, l'hygroma n'est pas gênant sauf s'il s'infecte ce qui est loin d'être rare. L'hygroma suppuré revêt alors tous les caractères locaux et généraux d'une collection aiguë.

Le traitement est uniquement chirurgical. Il est conseillé d'enlever les hygromas au stade simple pour éviter qu'ils ne suppurent, mais c'est une intervention assez décevante dont les suites sont longues par lenteur de cicatrisation. L'ablation devra être totale jusqu'à l'os sous-jacent dont il est recommandé de cureter la surface. Il est prudent de laisser un petit drainage.

Dans les cas suppurés on évacue le contenu purulent et les tissus nécrosés par deux incisions latérales, on laisse en place un drainage transfixiant par une lame de caoutchouc passée dans les deux incisions. On laisse fermer spontanément. Si l'hygroma récidive, on le réopérera « à froid », à distance de la phase suppurée et sous couverture anti-infectieuse convenable.

B. — KYSTES SYNOVIAUX

Ce sont des tumeurs circonscrites, arrondies, légèrement mobiles et indolentes développées sur la face superficielle de synoviales articulaires et tendineuses. Ils sont généralement en communication plus ou moins large avec l'articulation. Ils surviennent habituellement chez les adultes et on retrouve toujours au moins invoquée, une notion de traumatisme soit violent, avec torsion articulaire, soit répété de certaines professions manuelles.

Étude clinique. — La forme la plus fréquente est celle de la face dorsale du poignet. En général unique le kyste est apparu un jour spontanément ou à la suite d'un effort. Petit à petit, il grossit jusqu'à devenir gênant et sinon douloureux, assez « irritant » pour faire consulter le malade, en plus de la gêne esthétique qui est parfois réelle. Au maximum, le kyste est gros comme une noix. Ferme, mobile sous la peau, indépendant du jeu tendineux. Le diagnostic en est pratiquement évident et on aura vite fait d'éliminer une ténosynovite kystique séreuse ou tuberculeuse. Plus difficile peut-être le kyste sébacé ou le lipome qui serait parfois un diagnostic opératoire.

Traitement. — Nous avons actuellement tendance à n'opérer que les kystes récidivés, ou rebelles aux autres thérapeutiques. L'intervention est difficile et doit être conduite sous anesthésie générale et champ exangue. L'incision devra toujours être *transversale* car les cicatrices longitudinales sont très laides et le dos du poignet est une des zones les plus souvent exposées de l'organisme. L'extirpation doit être totale jusqu'au pédicule articulaire qui doit être lié au ras de l'interligne. Pour les kystes frais, notre préférence va à l'écrasement avec une large pièce de monnaie, le poignet étant maintenu hyperfléchi par un aide. Les récidives ne paraissent pas beaucoup plus fréquentes qu'après exérèse chirurgicale.

Une technique plus sûre mais plus longue et moins spectaculaire consiste à ponctionner et à passer au travers avec une aiguille droite un fort fil de nylon qui est noué à l'extérieur. Le kyste se vide le long du fil et se sclérose en même temps. Ce traitement demande une quinzaine de jours.