

Cas clinique

Bibliographie du 15/05/2017

CASTELNOVO Sibylle

- Mme. T.A, 53 ans
- Mode de vie
 - Mariée, 2 enfants, animatrice EHPAD, autonomie normale
- Admission en réanimation le 26/04
 - Coma

Antécédents

- Lymphome B à grandes cellules de type Burkitt like de haute malignité diagnostiqué en août 2016
 - Atteintes hépatiques, spléniques, surrénalienne, péritonéale, rénale, mammaire, pulmonaire, osseuse, utérine
 - Récidive après la première ligne de chimiothérapie
 - Obstruction des voies urinaires avec pyélostomies février 2017
 - Infection urinaire à pyogène : pseudomonas aeruginosa mars 2017
- Hypertension artérielle
- Tabagisme sevré 20 PA
- Obésité
- Embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde en juillet 2016

Principaux traitements à l'admission

- Chimiothérapie
 - 3^e ligne le 24/04 par
 - Ifosfamide
 - Carboplatine
 - Etoposide
- Innohep
- Solupred 120 mg/j
- Lasilix
- Spironolactone
- Alprazolam
- DiffuK
- Spasfon
- Lanzoprazole
- Duphalac
- Cétirizine
- Dafalgan
- Meronem

Histoire de la maladie

- Patiente hospitalisée le 24/04 pour débiter la 3^e ligne de chimiothérapie (Ifosfamide, carboplatine, etoposide) présente une fièvre le jour même
- 26/04 sepsis à point de départ urinaire ? Traitement par meronem débuté
- 26/04 troubles de la conscience d'apparition progressive avec score de Glasgow à 6/15, sans signe de localisation
- Devant une suspicion d'encéphalopathie à l'ifosfamide
 - Hospitalisation en réanimation
 - Sédation, Intubation, Ventilation mécanique invasive
 - Perfusion bleu de méthylène

Examen clinique d'admission

- PA: 116/73 ; FC: 115 ; FR: 24 ; SpO2: 98% sous 15 L d'O2 Température à 37,9°C
- Neuro : patiente sous sédation
 - Score de Glasgow à 3/15
 - Réflexes ostéo-tendineux absents
 - Réflexes cutanés plantaires indifférents
 - Pupilles en myosis réactif
 - Absence de raideur de nuque
- Suite de l'examen sans particularité

Prise en charge initiale

- Ventilation invasive
- Traitement antibiotique par tienam et vancomycine
- Traitement antiviral par aciclovir à dose méningée
- Traitement antiépileptique : lévétiracétam
- Bleu de méthylène 50mgx6/j le 27/04

- **Biologie** : Urée à 7mmol/L, Créatinine 82,5 μ mol/L, sodium 138mmol/L, potassium 3,09mmol/L, Phosphore 1,24mmol/L, Magnésium 0,6mmol/L,
Albumine 22g/dl, Bilirubine totale 5,2 μ mol/L, Phosphatases alcalines 61 U/L, GammaGT 39 U/L, TGO 75U/L, TGP 16 U/L, CRP 87,5 mg/l, Leucocytes 4,09 G/L, hémoglobine 8,8g/dL, VGM 92 Fl, Plaquettes 106 G/L, TP 85%, Fibrinogène 4,69 g/l, D-Dimères 3420 μ g/L
- **Gaz du sang** sous 15 L d'O₂ : pH à 7,48 ; PaO₂ 94mmHg, PCO₂ 30mmHg, Bicarbonates 22mmol/L, SpO₂ 98%, Lactates 2mmol/L
- **Ponction lombaire** :
 - Absence de méningite
 - PCR HSV négative

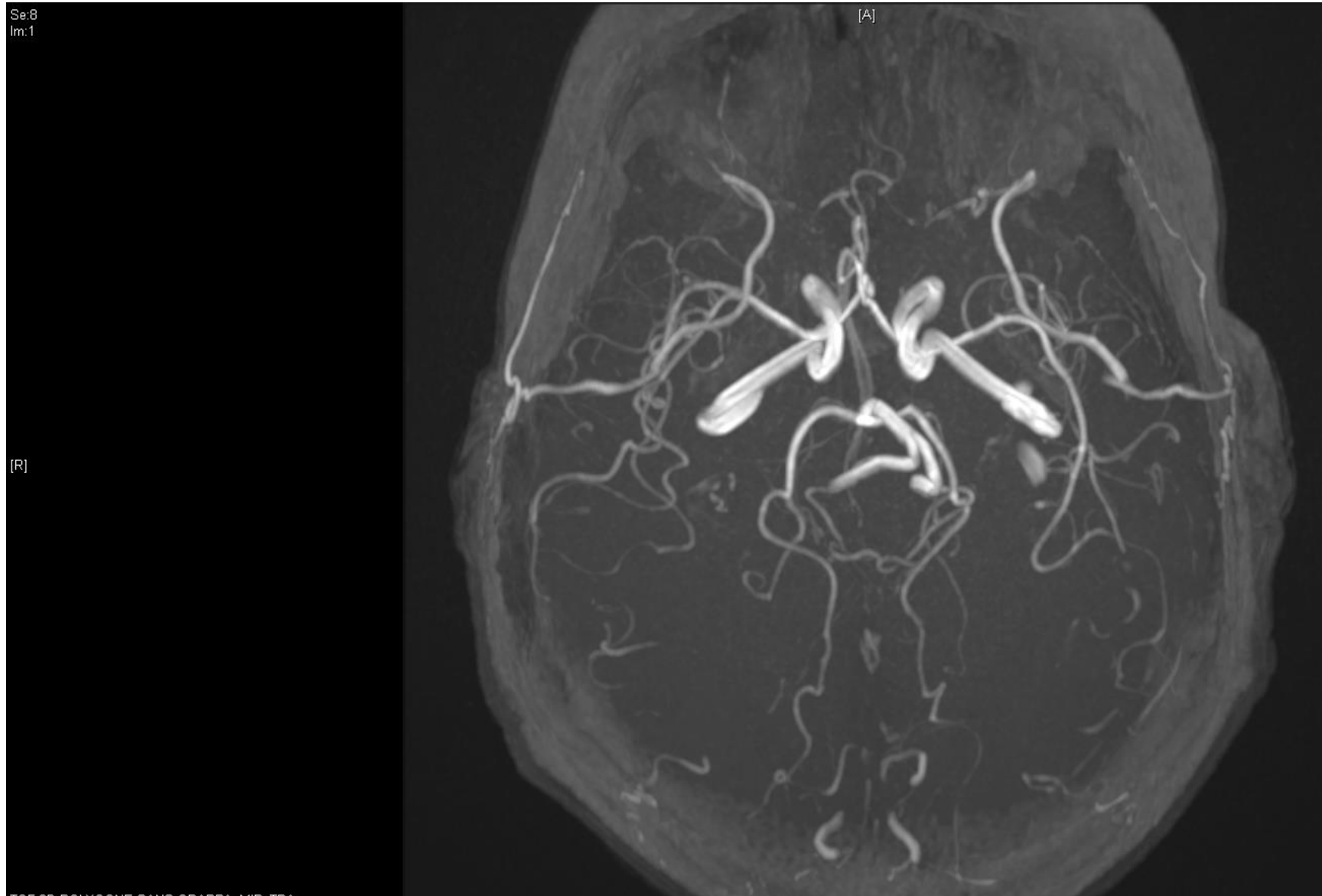
Angioscanner du 26/04



EEG du 27/04

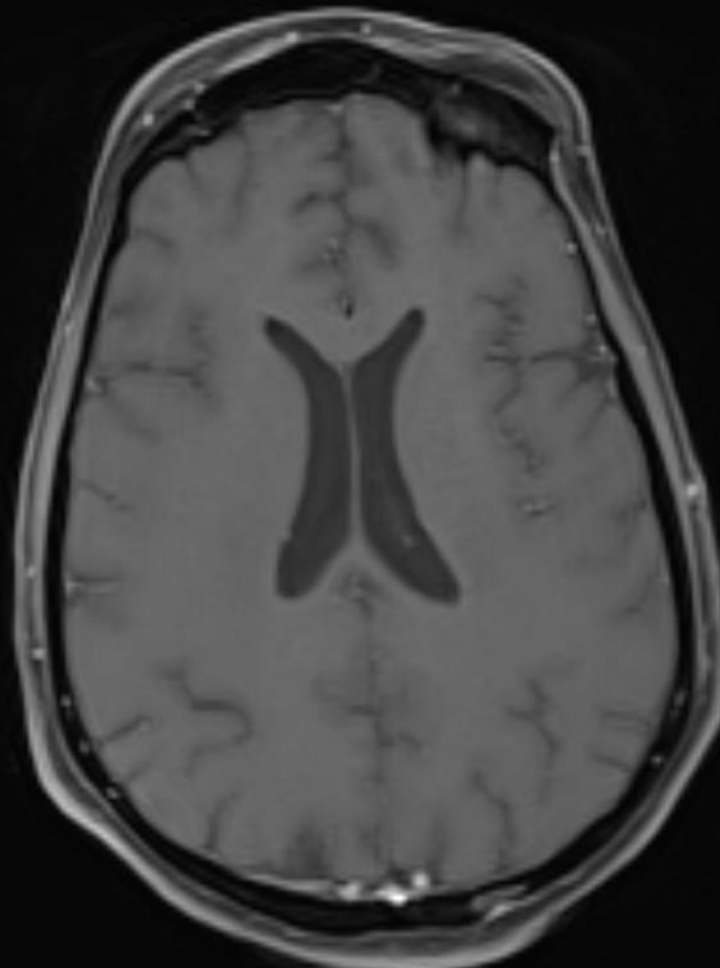
- À l'EEG on a un tracé très dégradé discontinu comportant des séquences d'activité pauvres et brèves. L'aspect du tracé ne peut pas être expliqué par la sédation qui était en cours. Il y a une absence d'organisation critique.

IRM du 27/04



IRM du 27/04

[A]



Se:13
Im:71

[R]

Evolution

- Coma persistant après arrêt sédations
 - 27/04 : Mouvements d'enroulement, Glasgow à 4/15
- Réveil progressif et extubation le 1/05
 - Absence de déficit moteur
 - Orienté dans le temps et l'espace
 - Ralentissement psychomoteur et discrète dysarthrie
- Transfert le 2/05 en hématologie

Au final

- Patiente admise pour coma
- Bilan étiologique négatif
- Encéphalopathie à l'Ifosfamide
- Traitement par Bleu de méthylène
- Evolution favorable
- Transfert vers l'hématologie le 02/05