

Hypertriglycéridémie majeure

ESC_MT_013_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 40 ans, sans antécédents notables, se présentant pour épigastralgies diffuses et intenses. Il déclare également une vision floue et des dépôts de graisses sur ses articulations avec un sub-ictère. Il s'agit d'une pancréatite aiguë, compliquant une hypertriglycéridémie majeure.

Objectifs critiques :

- ☐ Poser le diagnostic positif d'une dyslipidémie,
- ☐ Connaître la classification,
- ☐ Évaluer la gravité d'une hypertriglycéridémie,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Mettre en œuvre les thérapeutiques adéquates.

Hypertriglycéridémie majeure

ESC_MT_013_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	40 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 86 Kg, Taille = 176 cm
SF	:	douleurs abdominales
Début	:	quelques jours
Signes associés	:	vomissements
Mode d'admission	:	urgences
Signes critiques	:	malaise

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	cholécystectomie
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 26 c/min, pas de cyanose, pas de râles, SpO2 = 94%			
Fonction circulatoire	:	FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pâleur, auscultation normale			
Fonction neurologique	:	GCS = 14/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral			
Examen somatique	:	distension abdominale, sub-ictère, xanthomatose			
Glycémie	:	1,4 g/L	Température	:	38,2 °C

Hypertriglycéridémie majeure

ESC_MT_013_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Appareil ECG
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique
<input type="checkbox"/> Défibrillateur

Drogues
<input type="checkbox"/> Morphine
<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> Fibrate (Gemfibrozil)
<input type="checkbox"/> Statine
<input type="checkbox"/> Cholestyramine
<input type="checkbox"/> Acide nicotinique
<input type="checkbox"/> Acides gras Omega N-3

Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué masculin
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples

Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : sénior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : mère du patient

Hypertriglycémie majeure

ESC_MT_013_Scénario

Baseline

FR = 26
SpO2 = 94%
EtCO2 = 30

FC = 146
PA = 90/60

GCS = 14/15
Myosis serré

Interventions

TTT Défaillances
d'organes

RAS

FC = 120
PA = 100/70
SpO2 = 95%

TTT
Hypertriglycémie

Non

Oui



Hypertriglycémie majeure

ESC_MT_013_Programmation

Baseline

FR = 26 c/min, SpO2 = 94%, pas de cyanose, pas de râles

FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pâleur, auscultation normale

EtCO2 = 30 mmHg

GCS = 14/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral

Critical

Détresse respiratoire

État de choc

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 110/70 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Stabilisation hémodynamique et respiratoire

Hypertriglycérémie majeure

ESC_MT_013_Debriefing

Fiche

- L'hypertriglycérémie (HTG) regroupe un ensemble de maladies endocriniennes, caractérisées par une augmentation permanente des TG au-delà de 4 g/L, après 12 heures de jeun et dite majeure pour un taux > 10 g/L,
- Le principal risque de l'HTG majeure est la pancréatite aiguë. Elle peut être déclenchée par un repas, associée à une xanthomatose éruptive et/ou lipémie rétinienne. Une douleur ou une somnolence postprandiale sont également décrites,
- La classification de Frédérickson permet de classer les dyslipidémies primaires en 5 classes : - Type 1 : HTG exogène [chylomicrons], - Type 2 : HCH pure (2A) et mixte (2B), - Type 3 : élévation IDL, - Type 4 : HTG endogène, - Type 5 : HTG endogène et exogène,
- Une classification plus simple définit les catégories suivantes : - HCH pure (LDL élevé) : ex-type 2A, - HTG pure (TG élevés) : ex-type 4, - HL mixte : ex-type 2B
- Les dyslipidémies peuvent être secondaires : cholestase, hypothyroïdie, syndrome néphrotique, médicaments, diabète, alcoolisme, œstrogènes, etc...
- Les facteurs de risque cardiovasculaires dépendent de : âge, ATCD familiaux IDM, tabagisme, HTA et diabète type 2. L'HDL est plutôt protecteur. L'objectif thérapeutique quant au LDL en dépendra.
- Le bilan lipidique réponse aux mesures suivantes : aspect du sérum décanté, cholestérol total, cholestérol HDL, cholestérol LDL, Triglycérides, voire l'apolipoprotéine B,
- Le traitement de la pancréatite aiguë compliquant une HTG majeure est :
 - Symptomatique, correction des défaillances vitales,
 - Spécifique principalement par Fibrates (gemfibrozil) et éventuellement statine et acides gras omega N-3. Attention aux effets secondaires sur le muscle, le foie et interaction avec les AVK,
 - Les autres possibilités médicamenteuses : résine, cholestyramine et acide nicotinique ont une place limitée dans cette situation.

Objectifs techniques

- ☐ Poser le diagnostic positif d'une dyslipidémie,
- ☐ Connaître la classification,
- ☐ Évaluer la gravité d'une hypertriglycérémie,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Mettre en œuvre les thérapeutiques adéquates.

CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload



Fond d'oeil



Interprétation :

Lipémie rétinienne.

	Résultat	Références
Hématies	3.8 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	9.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	27.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	17.50 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	12.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	5.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	160 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	66 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	34 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.6 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	150 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	4,5 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.90 g/L	(0.70-1.10)
Urée	1.20 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	28 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	160 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	140 UI/L	(5-40)
Bilirubine	40 mg/L	(6-12)
Albumine	38 g/L	(35-55)

Ionogramme

	Résultat	Références
CRP	290 mg/L	(< 10)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
LDH	800 UI/L	(190-400)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Lipasémie	1800 UI/L	(<150)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.30	(7.35-7.45)
CO ²	50 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	20 mmol/L	(22-26)
PaO ²	59 mmHg	(> 85)
SaO ²	90 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)

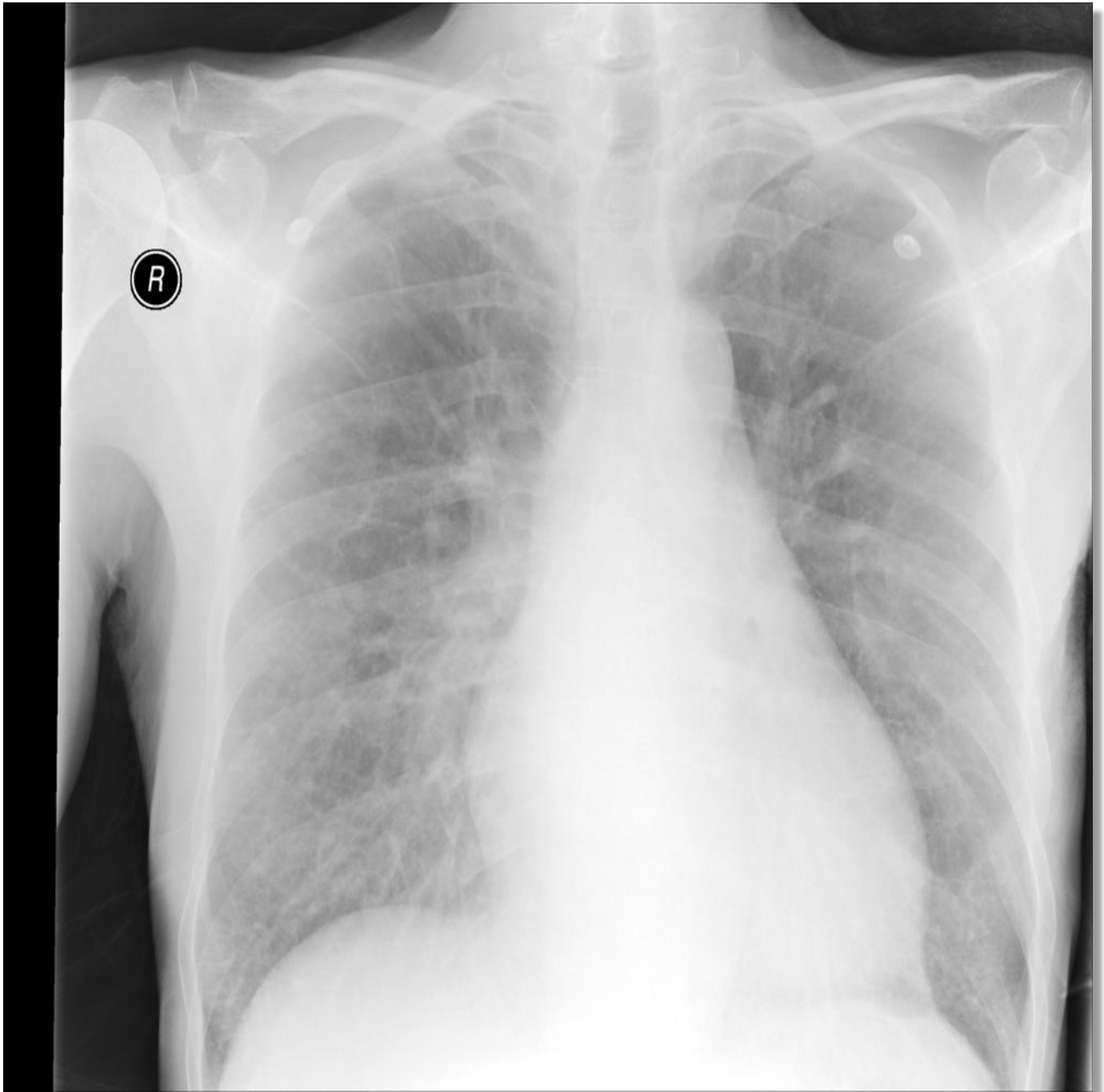
Bilan lipidique

	Résultat	Références
HDL	0,60 g/L	(>0,40)
LDL	1,50 g/L	(<1,60)
TG	25 g/L	<1,50)
Aspect opalescent		

Bilan lipidique

	Résultat	Références
Apolipoprotéine B	1,90 g/L	(0,50-1,50)

Radiographie du Poumon

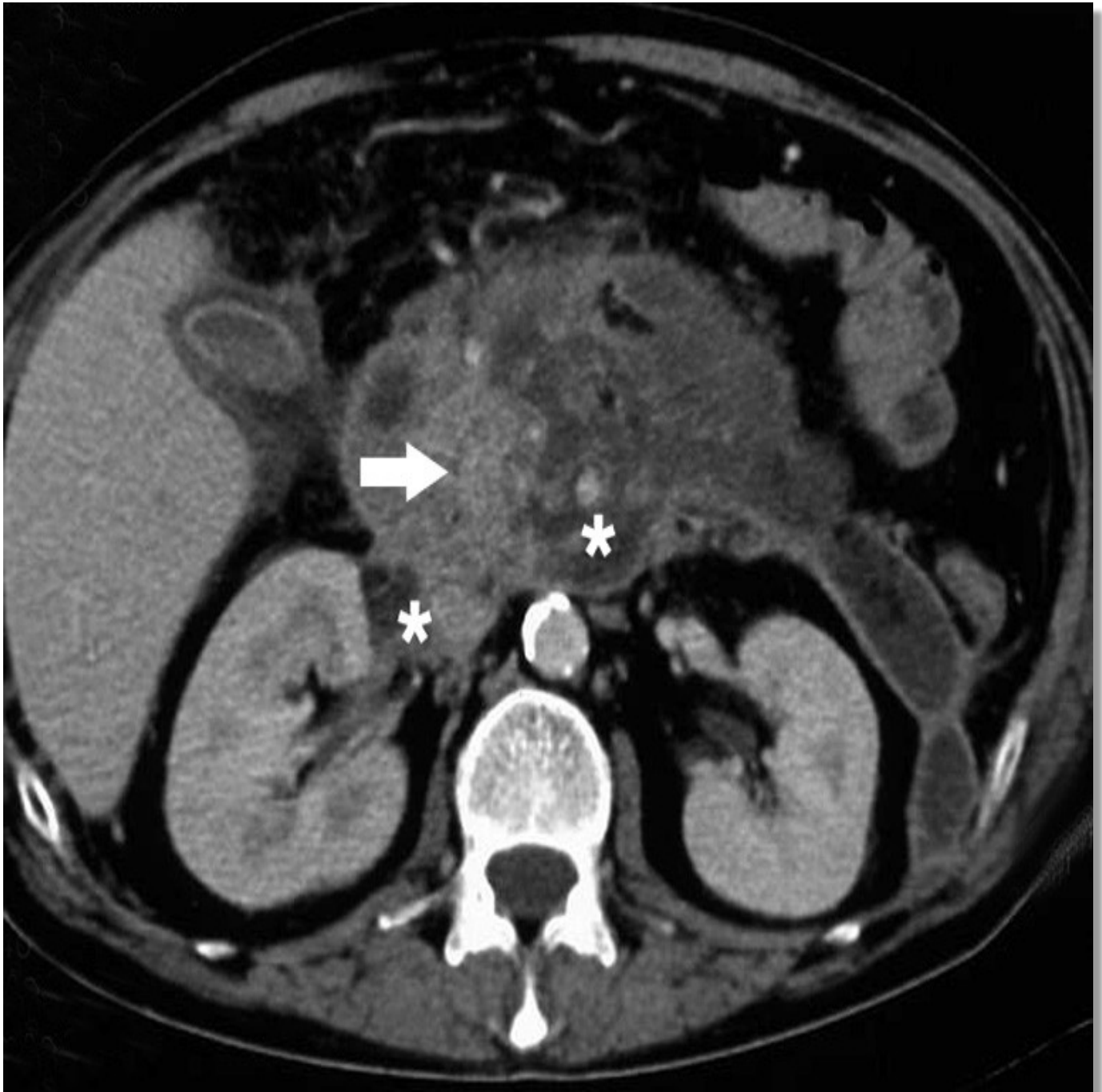


Échographie abdominale



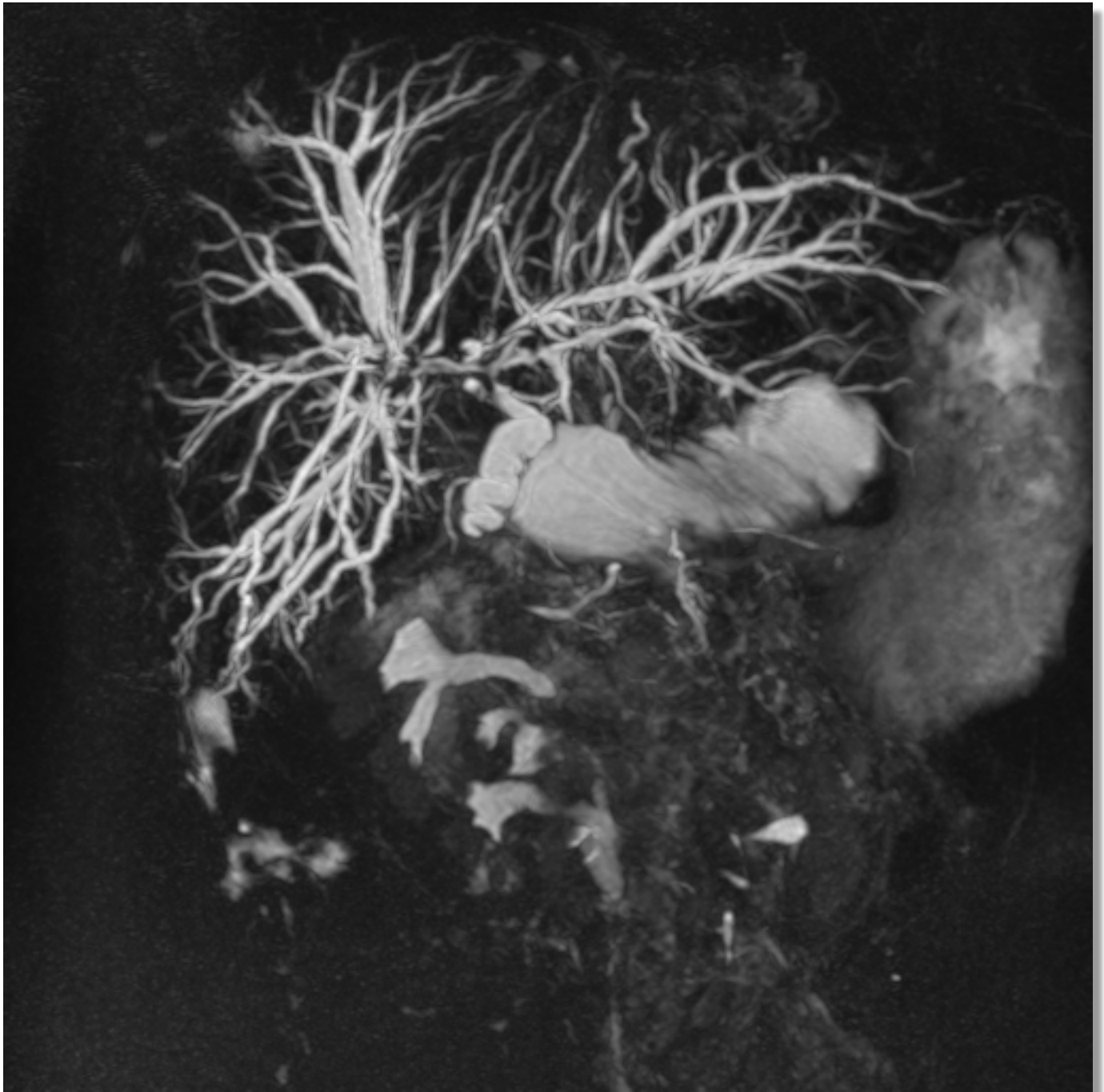
Interprétation :

Vésicule biliaire inexistante (cholécystectomie).
Pancréas non vu.
Pas de dilatation des voies biliaires.
Stéatose hépatique.



Interprétation :

**Nécrose de la tête pancréatique avec des coulées de nécrose. Balthazar stade E.
Pas de dilatation des voies biliaires.**



Interprétation :

Pas de dilatation des voies biliaires.

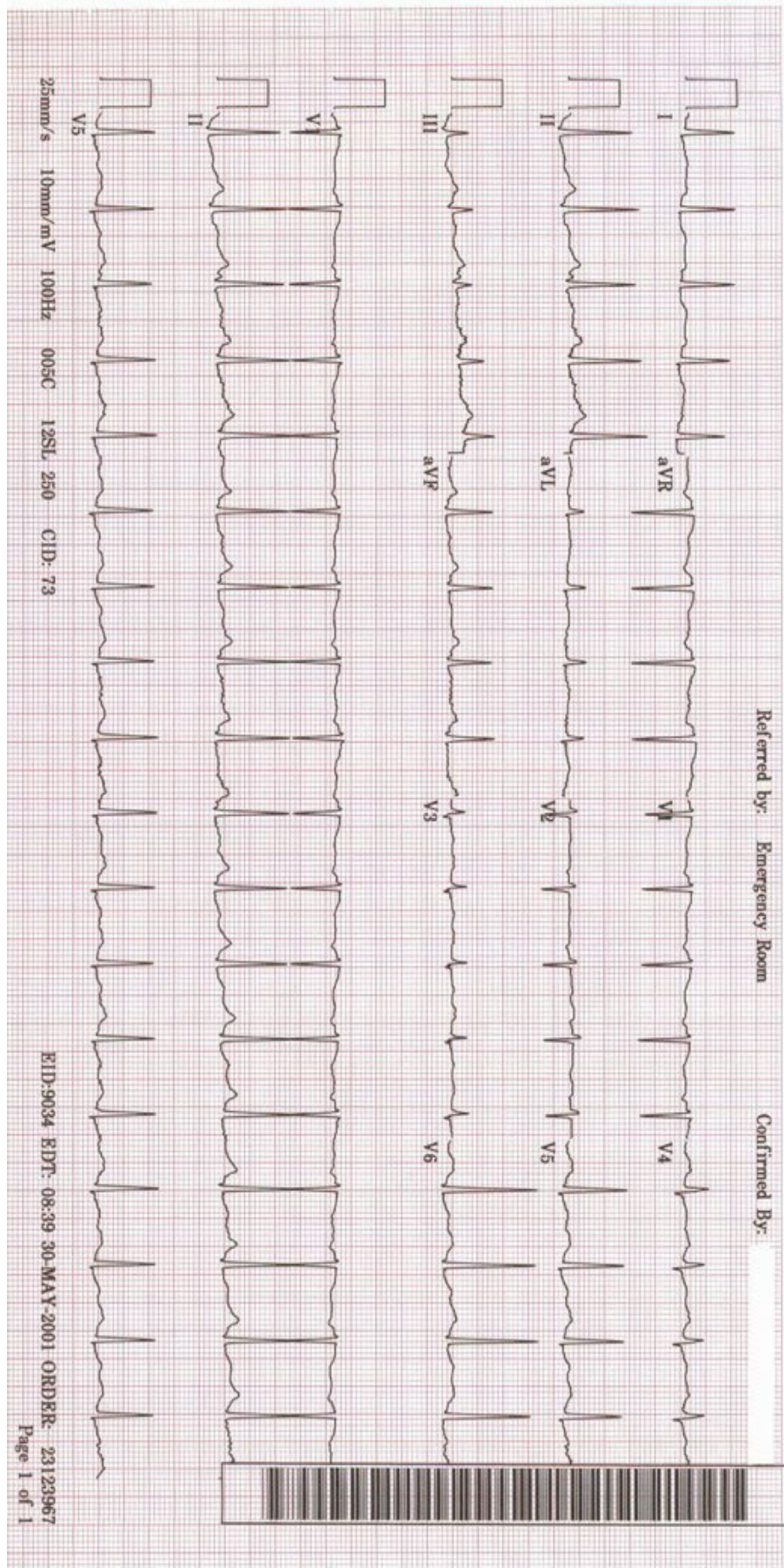
Pas d'obstacle identifié.

Examen dans la limite de la normale.

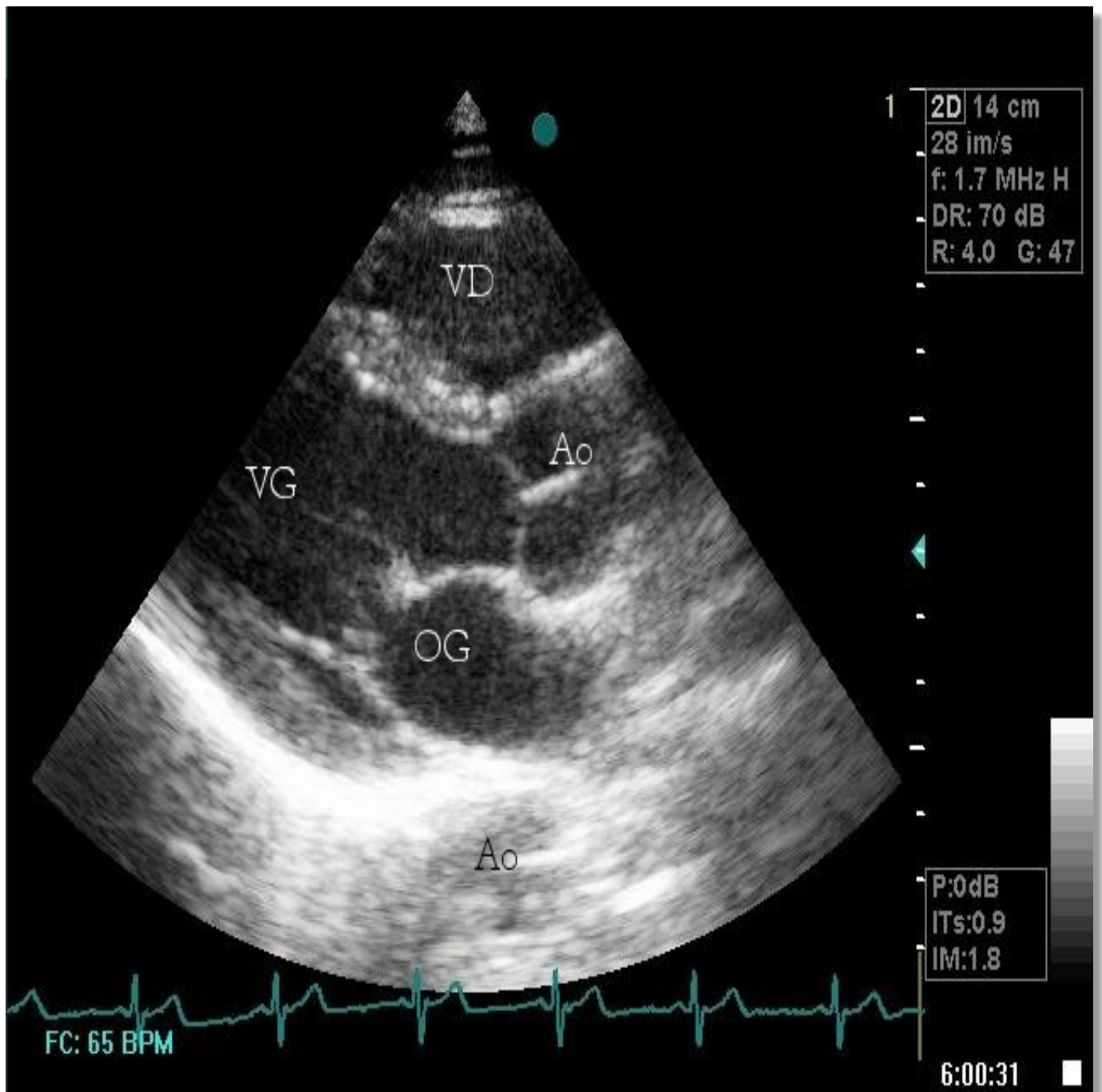


Interprétation :

CPRE normale.



Échocardiographie



Interprétation :

Échocardiographie transthoracique normale.