

# Insuffisance hépatique aigue

ESC\_DI\_003\_Overview

## Aperçu général

**Durée du scénario** : 12 à 15 minutes.

**Public cible** : Étudiants de médecine, internes et résidents.

**Résumé** : Patiente de 38 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour un trouble de conscience apyrétique. Il s'agit d'une encéphalopathie hépatique sur hépatite C.

**Objectifs critiques** :

- Énumérer les critères diagnostiques,
- Citer les différentes étiologies,
- Identifier les critères de gravité
- Planifier les examens complémentaires,
- Considérer les différentes mesures thérapeutiques.

# Insuffisance hépatique aigue

ESC\_DI\_003\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	38 ans, sexe féminin
<b>Data</b>	:	Poids = 76 Kg, Taille = 166 cm
<b>SF</b>	:	somnolence
<b>Début</b>	:	quelques jours
<b>Signes associés</b>	:	douleurs abdominales, vomissements
<b>Mode d'admission</b>	:	Ramenée par sa famille
<b>Signes critiques</b>	:	Coma

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	RAS
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergies</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 24 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, râles ronflants, SpO2 = 90%
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 146 bpm, PA = 80/50 mmHg, pas de pâleur, auscultation cardiaque normale
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 9/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral, pas de convulsion
<b>Examen somatique</b>	:	Sub-ictère

Glycémie : 0,6 g/L

Température : 36,8 °C

# Insuffisance hépatique aigue

ESC\_DI\_003\_Scénario

## Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Lactulose
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> CIIIG/FQ
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	<input type="checkbox"/> PFC
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	

## Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin
- Subictère
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples

## Formateurs

- |   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Instructeur 1  | : | technicien aux manettes |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 2  | : | briefing et debriefing  |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 3  | : | debriefing              |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 1 | : | senior de garde         |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 2 | : | mère de la patiente     |

# Insuffisance hépatique aigue

ESC\_DI\_003\_Scénario

## Baseline

FR = 24  
SpO<sub>2</sub> = 90%  
EtCO<sub>2</sub> = 30

FC = 160  
PA = 140/90

GCS = 9/15  
Pas de déficit

### Interventions

TTT Convulsions

RAS

FC = 140  
PA = 90/60  
SpO<sub>2</sub> = 97%

TTT  
Encéphalopathie  
hépatique

Non



Oui



# Insuffisance hépatique aigue

ESC\_DI\_003\_Programmation

## Baseline

FR = 24 c/min, pas de cyanose, SpO<sub>2</sub> = 90%, râles ronflants

FC = 146 bpm, PA = 80/50 mmHg

EtCO<sub>2</sub> = 30 mmHg

## Critical

Convulsions

Dégénération neurologique

## Landing

FR = 12 c/min, SpO<sub>2</sub> = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 120/60 mmHg

EtCO<sub>2</sub> = 35 mmHg

# Insuffisance hépatique aigue

ESC\_DI\_003\_Debriefing

## Fiche

- L'insuffisance hépatique aigue fulminante ou subfulminante est toujours précédée d'une phase d'insuffisance hépatique aigue sévère caractérisée par la diminution au-dessous de 50% du TP et/ou du facteur V,
- Le diagnostic au stade d'insuffisance hépatique aigue sévère permet d'appliquer des mesures préventives et d'obtenir un taux élevé de survie spontanée,
- La symptomatologie de l'insuffisance hépatique aigue est dominée par un ictere, la diminution au-dessous de 50% des facteurs de coagulation et une encéphalopathie,
- L'encéphalopathie est fréquemment déclenchée ou aggravée par l'administration intempestive de médicaments sédatifs,
- Les causes les plus fréquentes sont les hépatites aigues virales et les médicaments,
- Devant toute insuffisance hépatique aigue sévère, toute prescription médicamenteuse doit être interrompue,
- Les complications hémorragiques graves spontanées sont exceptionnelles. L'administration préventive de PFC voire de PPSB est inutile voire dangereuse,
- L'insuffisance rénale doit être prévenue par un remplissage vasculaire adéquat,
- Le traitement de l'encéphalopathie hépatique doit répondre aux normes de neuroréanimation,
- La décision de transplantation hépatique en urgence doit être prise en milieu spécialisé.

## Objectifs techniques

- Énumérer les critères diagnostiques,
- Citer les différentes étiologies,
- Identifier les critères de gravité
- Planifier les examens complémentaires,
- Considérer les différentes mesures thérapeutiques.

## CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	<b>Résultat</b>	<b>Références</b>
<b>Hématies</b>	<b>3.5</b> $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
<b>Hémoglobine</b>	<b>9.1</b> g/dL	(10.9-13.7)
<b>Hématocrite</b>	<b>30.8</b> %	(34.0-40.0)
<b>VGM</b>	<b>80.3</b> fl	(73.0-86.0)
<b>CCMH</b>	<b>32.6</b> g/dL	(32.0-36.0)
<b>Leucocytes</b>	<b>10.10</b> $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
<b>Neutrophiles</b>	<b>52.0</b> %	
Soit	<b>7.72</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
<b>Eosinophiles</b>	<b>0.6</b> %	
Soit	<b>0.06</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
<b>Basophiles</b>	<b>0.5</b> %	
Soit	<b>0.01</b> $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
<b>Lymphocytes</b>	<b>10.5</b> %	
Soit	<b>4.0</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
<b>Monocytes</b>	<b>6.0</b> %	
Soit	<b>0.55</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
<b>Plaquettes</b>	<b>101</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Hémostase

	Résultat	Références
<b>Temps de Quick Patient</b>	<b>27.3 sec</b>	
<b>Taux de prothrombine</b>	<b>30 %</b>	(70-140)
<b>INR</b>		
<b>TCA</b>		
<b>Temps témoin</b>	<b>30 sec</b>	
<b>TCA</b>		
<b>Temps patient</b>	<b>60 sec</b>	(25.0-35.0)
<b>Fibrinogène</b>	<b>2.1 g/L</b>	(2.00-4.00)

# Hémostase

## Résultat

## Références

Facteur V

15 %

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Sodium (Na<sup>+</sup>)</b>	<b>130</b> mmol/L	(135-145)
<b>Potassium (K<sup>+</sup>)</b>	<b>4,6</b> mmol/L	(3.5-5.5)
<b>Chlore (Cl<sup>-</sup>)</b>	<b>103</b> mmol/L	(100-105)
<b>Glycémie</b>	<b>0.40</b> g/L	(0.70-1.10)
<b>Urée</b>	<b>1.00</b> g/L	(0.10-0.50)
<b>Créatinine</b>	<b>20</b> mg/L	(6-12)
<b>GOT (ASAT)</b>	<b>890</b> UI/L	(< 35)
<b>GPT (ALAT)</b>	<b>720</b> UI/L	(5-40)
<b>CRP</b>	<b>29</b> mg/L	(< 10)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Albumine</b>	<b>32 g/L</b>	(35-55)

# Ionogramme

	Résultat	Références
Bilirubinémie	40 mg/L	(6-12)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Ammoniémie artérielle</b>	<b>2,60 mg/L</b>	(0,27-0,85)

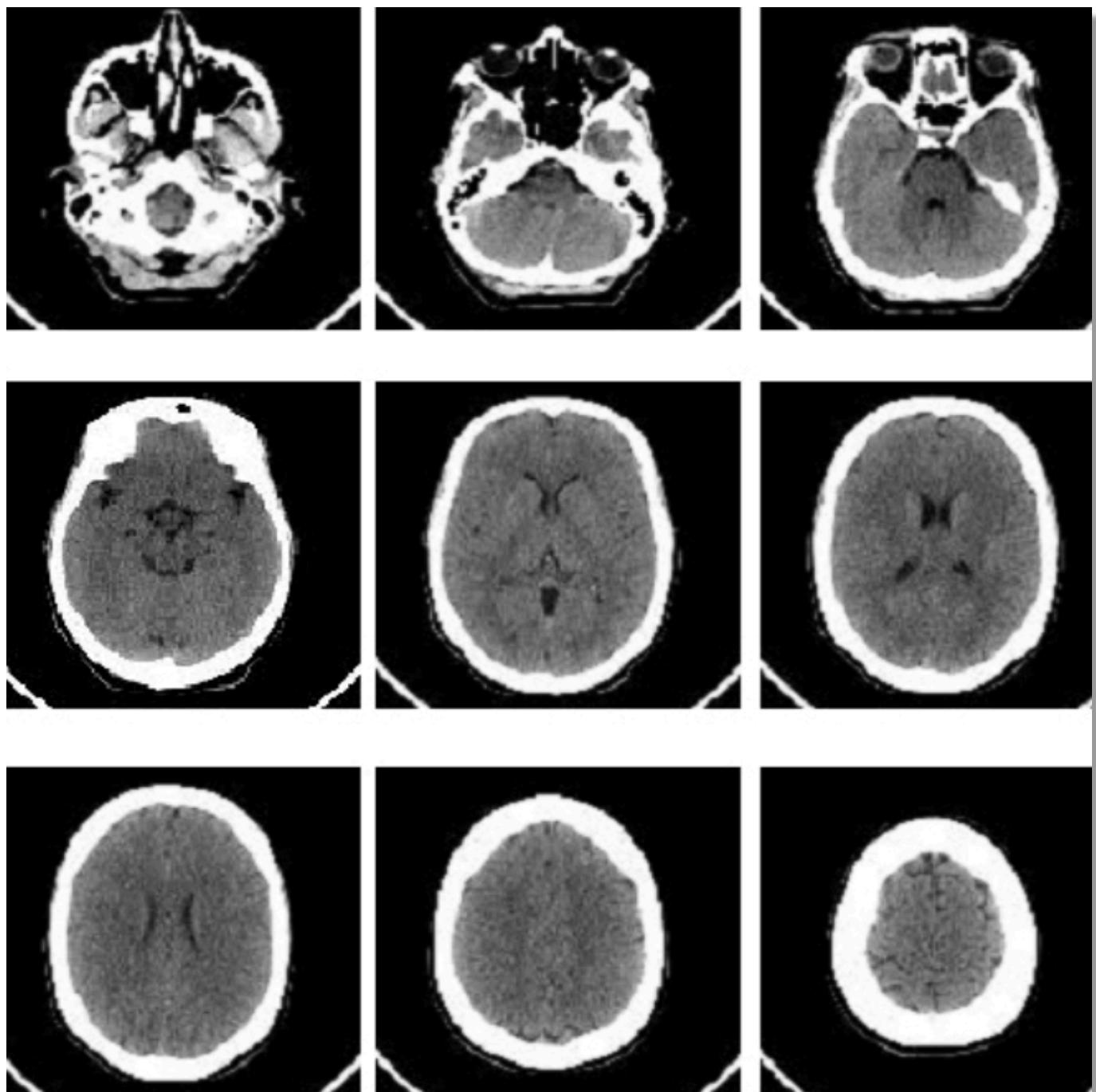
# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	<b>7.36</b>	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	<b>38</b> mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	<b>24</b> mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	<b>80</b> mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	<b>92</b> %	(95-100)
Lactates	<b>1</b> mmol/L	(< 2)

# Sérologies

	Résultat	Références
Hépatite B	Négative ---	
Hépatite C	Positive +++	

# TDM Cérébrale



Interprétation :

**Discret œdème cérébral.**

# Radiographie du poumon

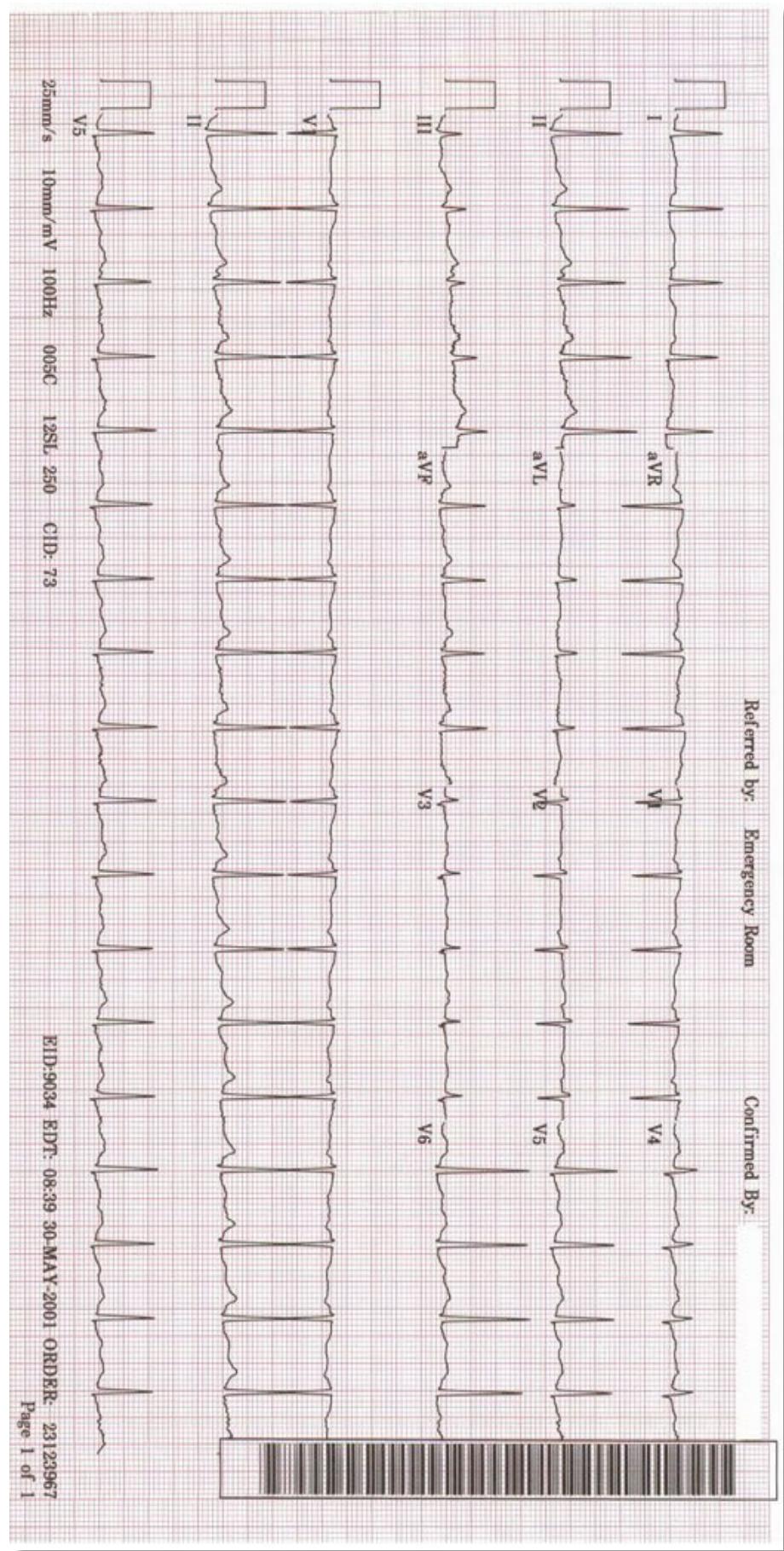


# Échographie abdominale



Interprétation :

**Échographie abdominale normale.**



# Ponction lombaire

Résultat

Références

**Ponction lombaire**

**Traumatique**