

# Syndrome hémolytique urémique

ESC\_UN\_002\_Overview

## Aperçu général

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

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

**Résumé** : Patient de 42 ans, tabagique chronique et toxicomane, qui se présente pour asthénie, nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales et oligo-anurie. Son bilan est en faveur d'un syndrome hémolytique urémique sur terrain d'immunodépression (VIH+)

**Objectifs critiques** :

- Poser le diagnostic positif d'un syndrome hémolytique urémique (SHU),
- Chercher les signes de gravité,
- Penser aux diagnostics différentiels,
- Considérer les examens complémentaires,
- Proposer la stratégie thérapeutique adéquate.

# Syndrome hémolytique urémique

ESC\_UN\_002\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	42 ans, sexe masculin
<b>Data</b>	:	Poids = 70 Kg, Taille = 175 cm
<b>SF</b>	:	asthénie, douleurs abdominales
<b>Début</b>	:	rapidement progressif
<b>Signes associés</b>	:	nausées, vomissements, diarrhées
<b>Mode d'admission</b>	:	ramené par sa famille
<b>Signes critiques</b>	:	oligo-anurie

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	tabagique chronique et toxicomane
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergiques</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 20 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, pas de râles, SpO2 = 98%
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 90 bpm, PA = 180/110 mmHg, pas de pâleur, pas de souffle
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 15/15, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion
<b>Examen somatique</b>	:	RAS
<b>Glycémie</b> : 1,1 g/L	<b>BU</b> : S++ P++	<b>Température</b> : 38,1 °C

# Syndrome hémolytique urémique

ESC\_UN\_002\_Scénario

## Check-list

Équipement	Drogues et kits
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> CIIIIG
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> HSHC
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> Échanges plasmatiques
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	

## Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculin
- 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 | : | épouse du patient (interrogatoire) |

# Syndrome hémolytique urémique

ESC\_UN\_002\_Scénario

## Baseline

FR = 20  
SpO<sub>2</sub> = 98  
EtCO<sub>2</sub> = 30

FC = 90  
PA = 180/110  
ECG = Hyperkaliémie

GCS 15/15  
Bien orienté

**TTT Symptomatique et mise en condition**

FC = 80  
PA = 170/100  
SpO<sub>2</sub> = 99

**Interventions**

**RAS**

**TTT du syndrome hémolytique urémique**

**Non**



**Oui**



# Syndrome hémolytique urémique

ESC\_UN\_002\_Programmation

## Baseline

FR = 20 c/min, SpO2 = 98%, pas de râles

FC = 90 bpm, PA = 180/110 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

## Critical

Arythmie mal tolérée

Signe de surcharge

## Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 99%, pas de râles

FC = 90 bpm, PA = 130/70 mmHg

EtCO2 = 40 mmHg

Stabilité respiratoire et hémodynamique

# Syndrome hémolytique urémique

ESC\_UN\_002\_Debriefing

## Fiche

- Le SHU est une microangiopathie thrombotique, qui associe une anémie hémolytique mécanique, une thrombopénie et une insuffisance rénale aigue,
- Il est associé dans 90% des cas à une infection digestive par Escherichia Coli entérohémorragiques producteurs de Shigatoxines (SHU-STEC). Dans 10% des cas, il existe des formes "secondaires" voire "atypiques",
- La contamination peut se faire par voie alimentaire, hydrique ou encore interindividuelle,
- Les manifestations du SHU comportent essentiellement l'anémie hémolytique et l'insuffisance rénale aigue. D'autres manifestations peuvent être aussi observées : digestives, pancréatique, hépatiques, neurologique, cardiaque,
- L'identification du germe peut se faire sur coproculture sur milieu de Ma Conkey ou la recherche des gènes par PCR sur les selles,
- Le traitement reste purement symptomatique avec prise en charge de l'insuffisance rénale aigue (épuration extra-rénale) et le soutien transfusionnel,
- Certains traitements spécifiques sont à discuter :
  - Antibiothérapie,
  - Plasmaphérèse thérapeutique,
  - Eculizumab (bloqueur du complément),
- L'évolution est sévère. Plus de 50% nécessitent une dialyse à la phase initiale et plus de 30% gardent des séquelles.

## Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif d'un syndrome hémolytique urémique (SHU),
- Chercher les signes de gravité,
- Penser aux diagnostics différentiels,
- Considérer les examens complémentaires,
- Proposer la stratégie thérapeutique adéquate.

## CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	<b>Résultat</b>	<b>Références</b>
<b>Hématies</b>	<b>4.65</b> $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
<b>Hémoglobine</b>	<b>6.4</b> g/dL	(10.9-13.7)
<b>Hématocrite</b>	<b>19.8</b> %	(34.0-40.0)
<b>VGM</b>	<b>82.3</b> fl	(73.0-86.0)
<b>CCMH</b>	<b>32.6</b> g/dL	(32.0-36.0)
<b>Leucocytes</b>	<b>14.60</b> $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
<b>Neutrophiles</b>	<b>84.0</b> %	
Soit	<b>8.64</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
<b>Eosinophiles</b>	<b>0.6</b> %	
Soit	<b>0.08</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>2.5</b> %	
Soit	<b>0.8</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>68</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Taux des réticulocytes

	Résultat	Références
Réticulocytes	20 %	(<5)

# Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
<b>Haptoglobine</b>	0.3 g/L	(0.5-2.5)

# Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
LDH	850 UI/L	(200-400)

# Coombs

Résultat

Références

Test de Coombs

Négatif ---

# Hémostase

	Résultat	Références
<b>Temps de Quick Patient</b>	<b>16,3 sec</b>	
<b>Taux de prothrombine</b>	<b>84 %</b>	(70-140)
<b>INR</b>		
<b>TCA Temps témoin</b>	<b>30 sec</b>	
<b>TCA Temps patient</b>	<b>32 sec</b>	(25.0-35.0)
<b>Fibrinogène</b>	<b>3.2 g/L</b>	(2.00-4.00)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Sodium (Na<sup>+</sup>)</b>	<b>140</b> mmol/L	(135-145)
<b>Potassium (K<sup>+</sup>)</b>	<b>6,8</b> mmol/L	(3.5-5.5)
<b>Calcium (Ca<sup>2+</sup>)</b>	<b>100</b> mg/L	(90-105)
<b>Chlore (Cl<sup>-</sup>)</b>	<b>103</b> mmol/L	(100-105)
<b>Glycémie</b>	<b>1.20</b> g/L	(0.70-1.10)
<b>Urée</b>	<b>2.62</b> g/L	(0.10-0.50)
<b>Créatinine</b>	<b>150</b> mg/L	(6-12)
<b>GOT (ASAT)</b>	<b>70</b> UI/L	(< 35)
<b>GPT (ALAT)</b>	<b>66</b> UI/L	(5-40)
<b>CRP</b>	<b>110</b> mg/L	(< 10)
<b>Albumine</b>	<b>40</b> g/L	(35-55)

# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	<b>7.36</b>	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	<b>40</b> mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	<b>26</b> mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	<b>95</b> mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	<b>92</b> %	(95-100)
Lactates	<b>1</b> mmol/L	(< 2)

# Bactériologie

Résultat

Références

Hémocultures

Négatives ---

# Bactériologie

	Résultat	Références
<b>ECBU</b>	<b>ED négatif ---</b>	
	<b>GR ++</b>	
	<b>Leucocytes ---</b>	

Résultat

Références

Test rapide VIH

Positif

Résultat

Références

Western Blot

Positif

# Radiographie du thorax



# Radiographie ASP



# Échographie abdominale



Interprétation :

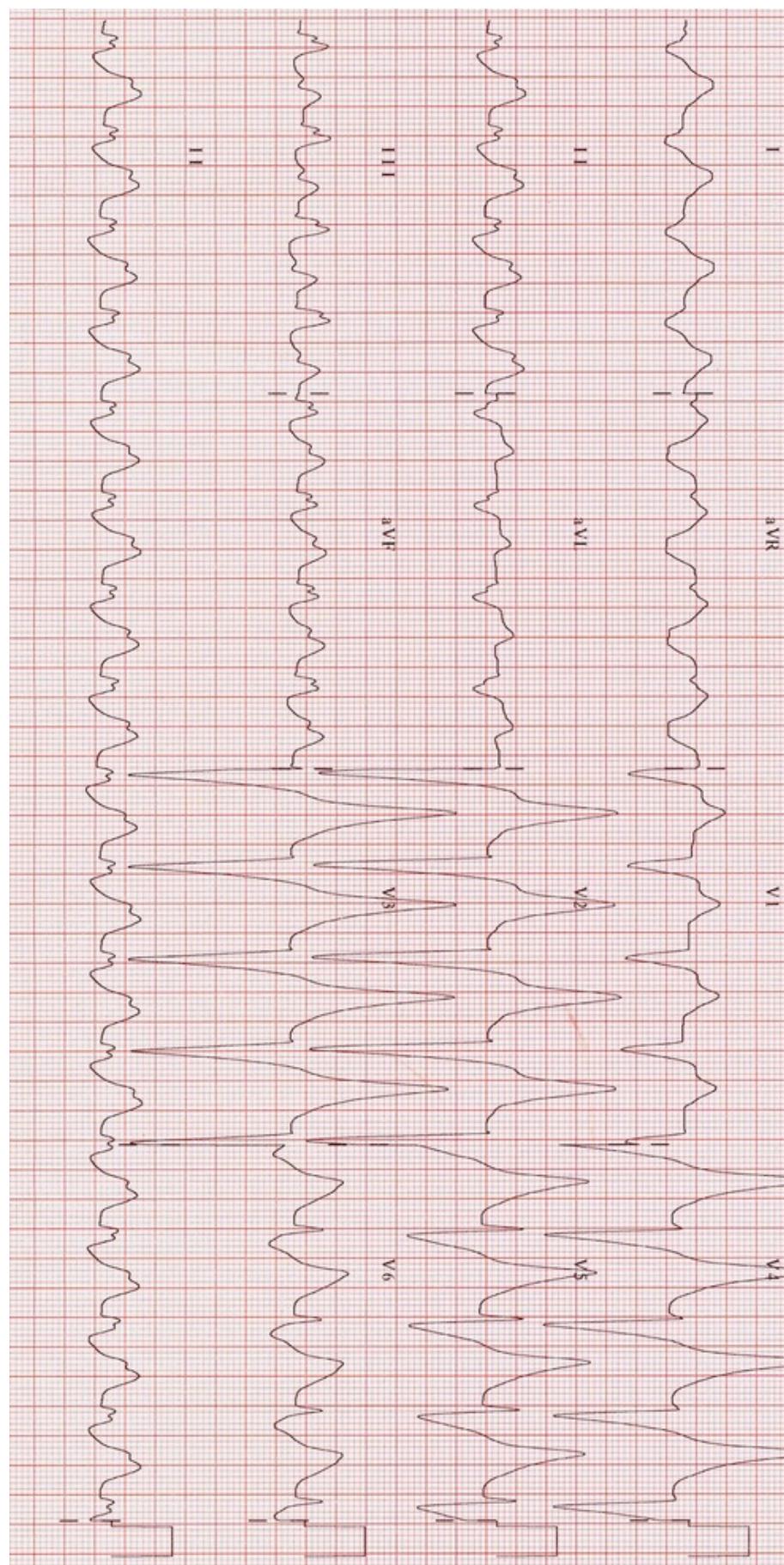
**Cortex rénal hyperéchogène bilatéral.**

# TDM abdominale

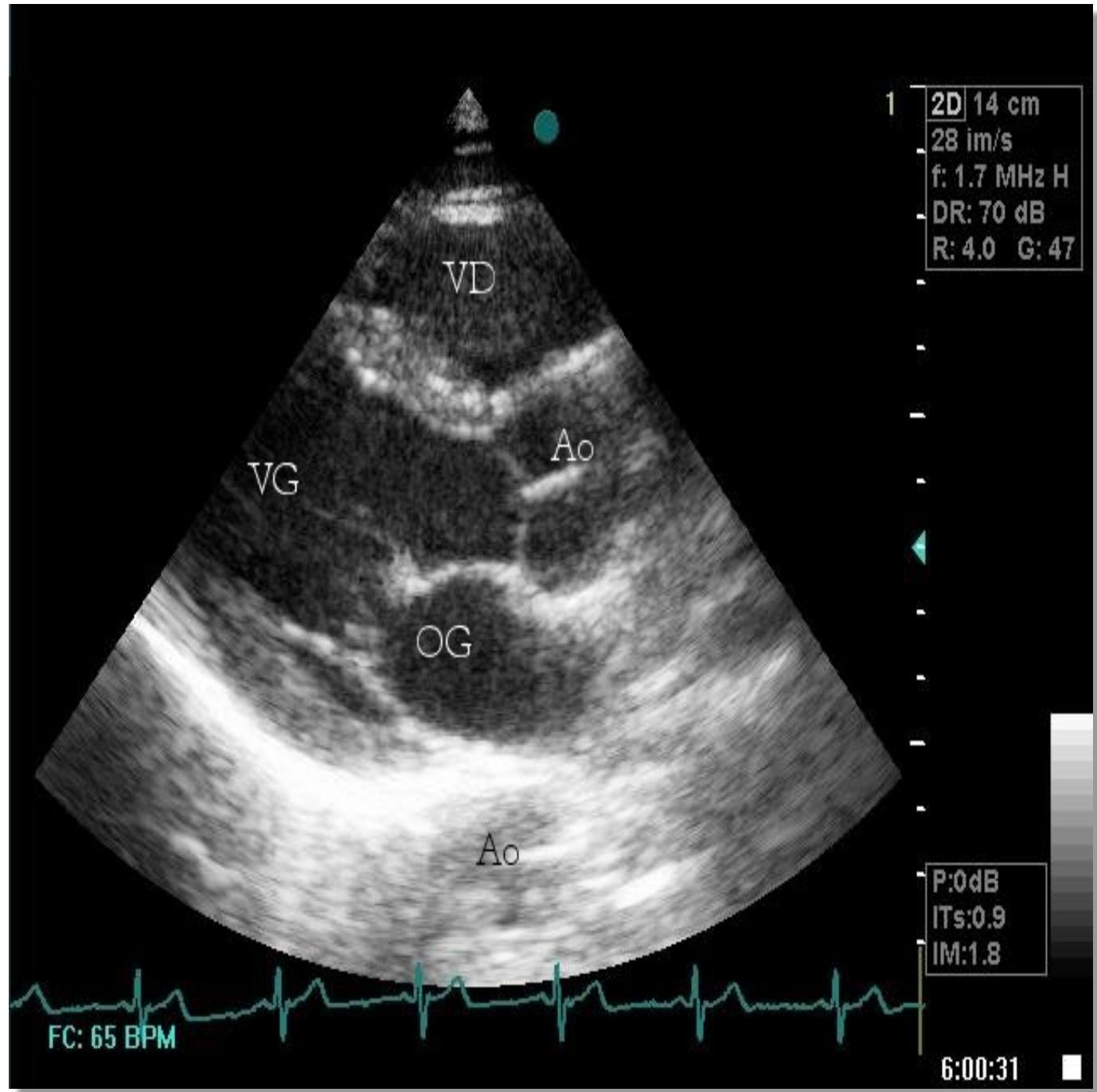


Interprétation :

**TDM abdominale normale.**



# Échocardiographie



Interprétation :

Échocardiographie normale.