

#001

Objectifs du carnet



Une fièvre... comme une autre?

Un patient de 33 ans vous consulte aux urgences de l'hôpital pour de une fièvre apparue depuis la veille.

Dans ses antécédents on note principalement une schizophrénie pour lequel un traitement par Olanzapine a été introduit il y a 1 semaine.

La mesure des paramètres vitaux montre TA 96/65 mmHg, FC 120 BPM, 39,5°C, SpO2 98%. Cliniquement, il tousse et vous notez un foyer de crépitants en base gauche. Le reste de l'examen est sans particularité. Il frissonne.

Les premiers examens biologiques montrent Hb 13,6g/dL, plaquettes 226 G/L, Leucocytes 4 G/L avec neutrophiles 0,4 G/L, lymphocytes 3 G/L.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant maladie de Vaquez en contexte EDN et en garde.
- Pour Maladie de Vaquez, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Maladie de Vaquez, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Maladie de Vaquez, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Diagnostic



Q1



Q1 : Que proposez vous comme prise en charge immédiate pour ce patient ?

- A. Hospitalisation
- B. Retour à domicile avec antibiothérapie orale
- C. Hémocultures périphériques
- D. ECBU
- E. Radiographie thoracique

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Polyglobulie vraie: syndrome myéloprolifératif avec masse globulaire augmentée.
- Évoquer devant Hb/Ht élevés, prurit aquagénique, érythromélgies, splénomégalie ou thrombose.
- Mutation JAK2 est très fréquente et oriente fortement le diagnostic.
- Distinguer polyglobulie vraie et polyglobulie secondaire par EPO, hypoxie, tabac ou tumeur.

#003

Risques

- Le risque principal est thrombotique, artériel ou veineux, parfois inaugural.
- Hyperviscosité: céphalées, vertiges, troubles visuels, acouphènes, HTA.
- Évolution possible vers myélofibrose ou leucémie aiguë à long terme.
- Facteurs de risque: âge, antécédent thrombotique, hématokrite élevé, facteurs cardiovasculaires.

#004

Traitement

- Objectif hématokrite contrôlé, souvent inférieur à 45 % selon recommandations.
- Saignées et aspirine faible dose si pas de contre-indication.
- Cytoréduction si haut risque ou contrôle insuffisant.
- Corriger tabac, HTA, diabète, dyslipidémie et immobilisation.

#005

Points de sécurité

- Toute fièvre avec neutropénie, blastose, hémorragie active ou cytopénie profonde est urgente.
- Toujours confirmer l'anomalie biologique et regarder le frottis quand l'orientation est incertaine.
- Le contexte médicamenteux et infectieux doit être repris méthodiquement.
- Organiser avis spécialisé, surveillance et consignes de reconsultation selon gravité.

Sources: Référentiel du Collège d'Hématologie / SFH; Supports locaux SSD1/Alex/4- Hématologie;
Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte

Cahier de formation - 5 fiches - Hématologie