

#001

Neutropénie fébrile et agranulocytose



Fièvre + PNN $<0,5$ G/L = urgence absolue. L'antibiothérapie probabiliste doit être débutée dans l'heure, sans attendre les résultats microbiologiques.

Wikimedia Commons (CC)

- Définition : fièvre $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ unique (ou $\geq 38^{\circ}\text{C}$ persistante 1h) associée à PNN $<0,5$ G/L, ou <1 G/L avec décroissance attendue.
- Bilan immédiat avant antibiothérapie : 2 paires d'hémocultures (dont 1 sur cathéter si présent), ECBU, examen clinique complet, sans retarder le traitement.
- Antibiothérapie probabiliste à large spectre couvrant le *Pseudomonas* (bêta-lactamine anti-pyocyanique) dans l'heure suivant l'admission.
- Isolement protecteur, arrêt de toute source de contamination (fruits crus, fleurs), surveillance rapprochée des constantes.

Score MASCC à calculer pour évaluer le risque de complications et discuter une prise en charge ambulatoire dans les formes à bas risque sélectionnées.

#002

Syndrome de lyse tumorale



L'hyperhydratation intraveineuse débutée avant la chimiothérapie est la mesure préventive la plus efficace contre le syndrome de lyse tumorale.

Wikimedia Commons (CC)

- Libération massive du contenu intracellulaire (potassium, phosphore, acide urique) après destruction rapide de cellules tumorales, typiquement après chimiothérapie de leucémies/lymphomes très prolifératifs.
- Complications redoutées : insuffisance rénale aiguë (précipitation d'urate/phosphate de calcium), hyperkaliémie menaçante, hypocalcémie symptomatique.
- Prévention systématique avant chimiothérapie à risque : hyperhydratation IV, rasburicase ou allopurinol selon le niveau de risque tumoral.
- Surveillance biologique rapprochée (potassium, phosphore, calcium, créatinine, acide urique) toutes les 6-8h dans les 48-72h suivant le début du traitement.

#003

Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)



La CIVD associe paradoxalement microthromboses diffuses et syndrome hémorragique, par consommation des facteurs de coagulation et des plaquettes.

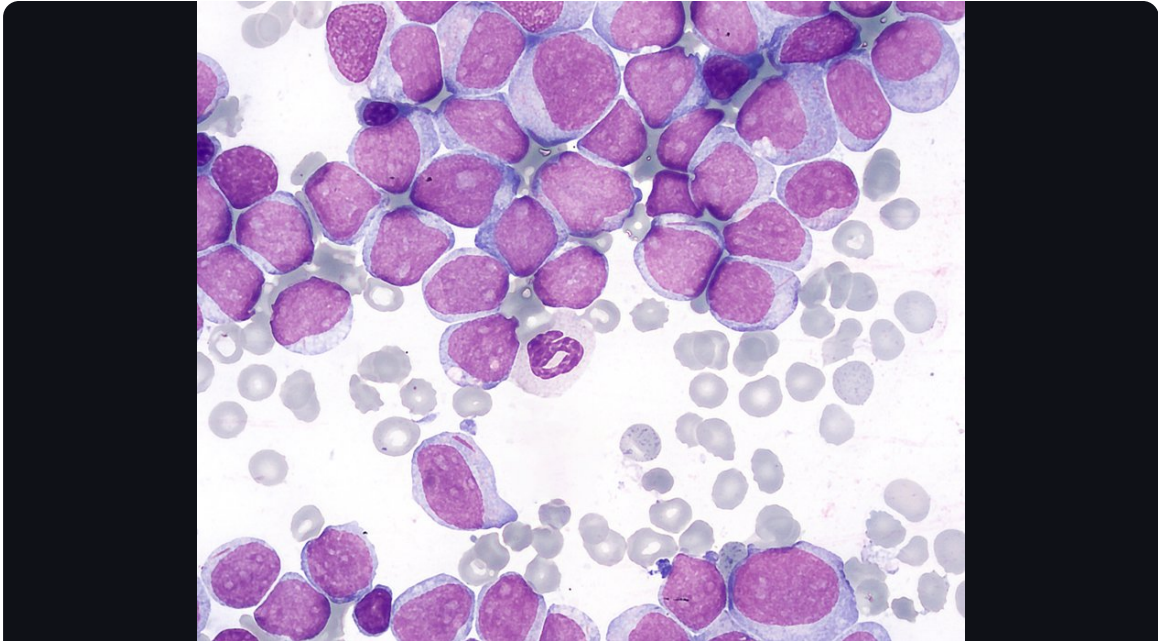
Wikimedia Commons (CC)

- Activation systémique et incontrôlée de la coagulation : consommation des plaquettes et des facteurs, associée à une fibrinolyse secondaire.
- Causes principales : sepsis sévère/choc septique, polytraumatisme, cancers (notamment LAM3/leucémie promyélocytaire), complications obstétricales (HRP, embolie amniotique).
- Biologie évocatrice : thrombopénie, TP abaissé, fibrinogène bas, D-dimères très élevés, présence de schizocytes.
- Traitement = avant tout celui de la cause déclenchante ; support transfusionnel (PFC, fibrinogène, plaquettes) guidé par la biologie et la clinique.

La leucémie aiguë promyélocytaire (LAM3) est une urgence extrême : CIVD sévère au diagnostic, traitement par ATRA à débiter dès la suspicion clinique.

#004

Hyperleucocytose majeure et leucostase



Une hyperleucocytose majeure au frottis, riche en blastes, expose au risque de leucostase pulmonaire et cérébrale — urgence thérapeutique.

Wikimedia Commons (CC)

- Leucostase : complication des hyperleucocytoses majeures (typiquement >100 G/L) par hyperviscosité et agrégats leucocytaires obstruant la microcirculation.
- Organes cibles principaux : poumon (détresse respiratoire hypoxémiante) et cerveau (troubles de conscience, céphalées, flou visuel, AVC).
- Urgence thérapeutique : cytoréduction rapide (hydroxyurée, chimiothérapie) +/- leucaphérèse dans les formes les plus sévères avec signes neurologiques.
- Éviter les transfusions de culots globulaires non indispensables : elles augmentent la viscosité sanguine et peuvent aggraver la leucostase.

#005

Syndrome hémorragique sévère et thrombopénie profonde



La transfusion plaquettaire en urgence doit toujours être précédée de la recherche d'une cause curable associée avant d'être décidée en aveugle.

Wikimedia Commons (CC)

- Signes de gravité à rechercher : purpura extensif, bulles hémorragiques buccales, épistaxis/gingivorragies incoercibles, hémorragie rétinienne ou cérébro-méningée.
- Seuil transfusionnel plaquettaire habituel : <10 G/L en prophylaxie, <20 G/L si fièvre/infection, <50 G/L avant un geste invasif.
- Toujours rechercher une cause curable associée (CIVD, PTT, médicament) avant de transfuser en aveugle des plaquettes.
- Dans le PTT suspecté, la transfusion plaquettaire est contre-indiquée sauf hémorragie vitale : risque d'aggravation des thromboses.

#006

Compression médullaire d'origine hématologique



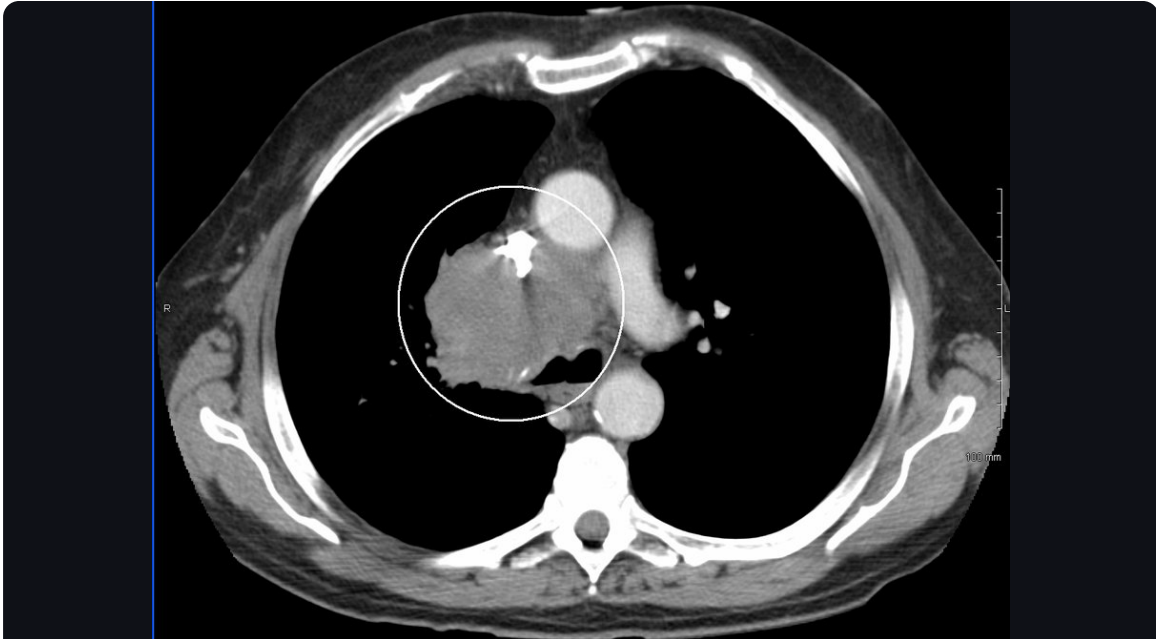
L'IRM médullaire en urgence confirme et localise la compression ; le délai de prise en charge conditionne directement la récupération neurologique.

Wikimedia Commons (CC)

- Signes d'alerte : douleur rachidienne intense, déficit moteur/sensitif progressif des membres, troubles sphinctériens — urgence neurologique absolue.
- Causes hématologiques principales : plasmocytome vertébral (myélome), lymphome à localisation épidurale, chlorome (localisation extramédullaire de LAM).
- IRM médullaire en urgence (<24h, idéalement quelques heures) dès la suspicion clinique : le pronostic fonctionnel dépend directement du délai de prise en charge.
- Corticothérapie à forte dose en urgence dès la suspicion clinique, avant même l'imagerie, en l'absence de contre-indication.

#007

Syndrome cave supérieur



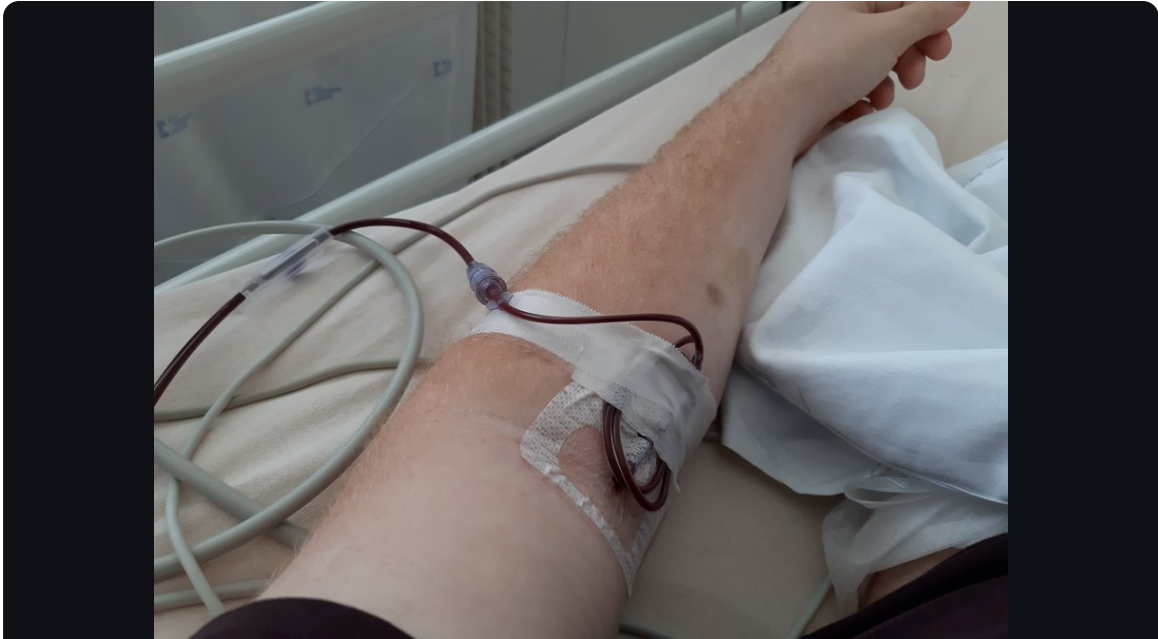
L'œdème facial et la turgescence jugulaire bilatérale évoquent une compression de la veine cave supérieure par une masse médiastinale, fréquente dans les lymphomes.

Wikimedia Commons (CC)

- Signes cliniques : œdème en pèlerine (face, cou, membres supérieurs), turgescence jugulaire, circulation veineuse collatérale thoracique, dyspnée.
- Causes hématologiques fréquentes : lymphome médiastinal (lymphome B à grandes cellules primitif du médiastin, lymphome de Hodgkin, lymphome lymphoblastique T).
- Scanner thoracique injecté en urgence pour confirmer et caractériser la masse compressive, avant tout geste invasif de biopsie.
- Position demi-assise, oxygénothérapie, corticothérapie en urgence si détresse respiratoire ; traitement étiologique dès obtention du diagnostic histologique.

#008

Choc hémorragique et transfusion massive



Le protocole de transfusion massive coordonne en urgence l'apport équilibré de culots globulaires, plasma frais congelé et plaquettes.

Wikimedia Commons (CC)

- Transfusion massive = remplacement de la masse sanguine totale en <24h, ou >4 CGR en 1h avec saignement actif persistant.
- Protocole de transfusion massive : ratio équilibré CGR/PFC/plaquettes (proche de 1:1:1) pour prévenir la coagulopathie de dilution.
- Objectifs biologiques : fibrinogène >1,5-2 g/L, plaquettes >50 G/L, calcémie ionisée normale (chélation par le citrate des poches).
- Acide tranexamique à administrer précocement (<3h) en cas d'hémorragie traumatique sévère : réduit significativement la mortalité.

#009

Accidents des anticoagulants



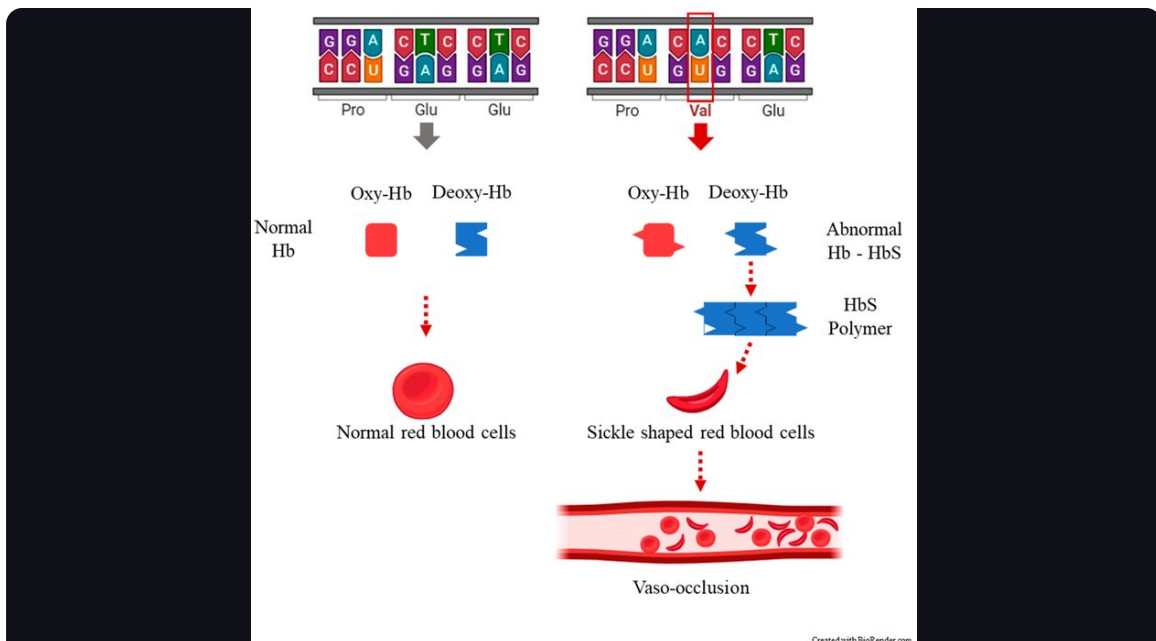
Chaque classe d'anticoagulant dispose d'un antidote ou d'une stratégie de réversion spécifique, à connaître pour réagir vite en cas d'hémorragie grave.

Wikimedia Commons (CC)

- Surdosage en AVK avec hémorragie grave ou INR très élevé : antidote = concentré de complexe prothrombinique (PPSB) + vitamine K IV.
- Anticoagulants oraux directs (AOD) : antidotes spécifiques disponibles (idarucizumab pour le dabigatran, andexanet alfa pour les anti-Xa) selon la molécule et la gravité.
- Toute hémorragie grave sous anticoagulant impose l'arrêt immédiat de la molécule, un bilan de coagulation ciblé et un avis spécialisé urgent.
- Hémorragie grave = instabilité hémodynamique, localisation menaçant le pronostic vital/fonctionnel (intracrânienne, rétropéritonéale), ou nécessité transfusionnelle.

#010

Crise vaso-occlusive drépanocytaire



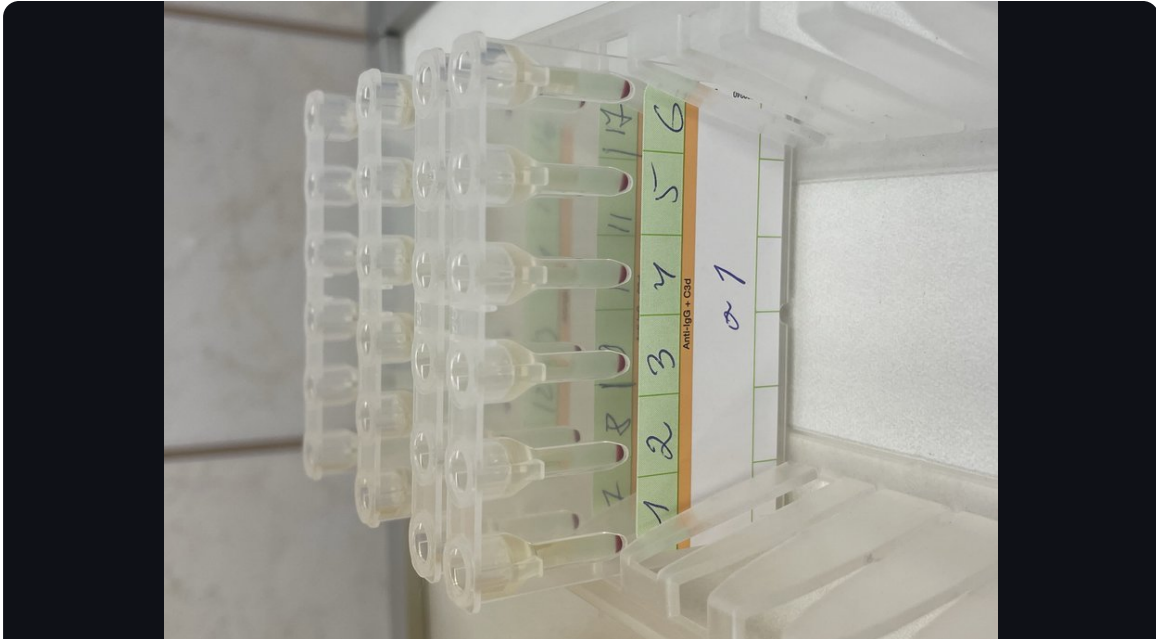
La falciformation des globules rouges obstrue la microcirculation et déclenche des douleurs ischémiques intenses nécessitant une antalgie rapide.

Wikimedia Commons (CC)

- Douleur intense d'apparition souvent brutale (os longs, rachis, thorax, abdomen), déclenchée par froid, déshydratation, infection, hypoxie, stress.
- Prise en charge urgente : antalgie majeure précoce (souvent morphinique), réhydratation IV, oxygénothérapie si désaturation, réchauffement.
- Syndrome thoracique aigu = complication la plus grave : douleur thoracique + fièvre + infiltrat radiologique — urgence vitale nécessitant transfert en réanimation.
- Ne jamais banaliser une douleur drépanocytaire : l'antalgie doit être administrée rapidement (délai <30 min), sans sous-traiter par crainte d'addiction.

#011

Réaction transfusionnelle aiguë



La surveillance rapprochée des premières minutes de transfusion permet de détecter précocement toute réaction et d'arrêter immédiatement la poche.

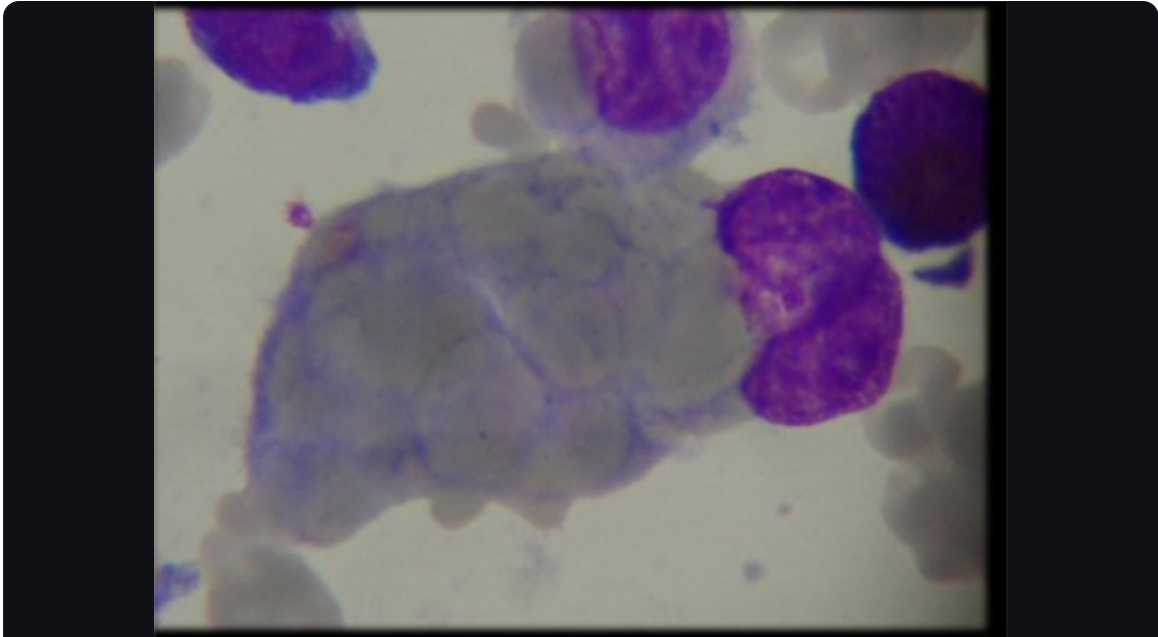
Wikimedia Commons (CC)

- Devant tout symptôme pendant/après transfusion (fièvre, frissons, douleur lombaire, urticaire, dyspnée) : arrêt IMMÉDIAT de la transfusion en cours.
- Réaction hémolytique aiguë (incompatibilité ABO) : la plus grave, souvent due à une erreur d'identification — douleur lombaire, hémoglobinurie, choc.
- TRALI (œdème pulmonaire lésionnel post-transfusionnel) : détresse respiratoire aiguë dans les 6h suivant la transfusion, à distinguer d'une surcharge (TACO).
- Conduite immédiate : garder la poche et la tubulure pour analyse, vérifier la concordance des groupes, prévenir le centre de transfusion, surveillance rapprochée.

La déclaration d'hémovigilance est obligatoire pour tout effet indésirable receveur, même mineur.

#012

Syndrome d'activation macrophagique (SAM/HLH)



L'hémophagocytose (macrophages activés phagocytant des cellules sanguines) au myélogramme est un critère diagnostique clé du SAM.

Wikimedia Commons (CC)

- Emballlement inflammatoire systémique par activation incontrôlée des macrophages, secondaire à une infection (notamment virale, EBV), une hémopathie, ou une maladie auto-immune.
- Tableau évocateur : fièvre prolongée, cytopénies multiples, hépatosplénomégalie, hyperferritinémie majeure (souvent $>10\,000\ \mu\text{g/L}$), hypertriglycémie.
- Diagnostic de présomption clinico-biologique (score HScore) ; le myélogramme avec recherche d'hémophagocytose confirme mais n'est pas toujours indispensable en urgence.
- Urgence thérapeutique : traiter la cause déclenchante et débiter rapidement une corticothérapie forte dose, souvent associée à d'autres immunosuppresseurs en réanimation.