

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

NOM : MOUSS. Prénoms : Nourreddine
 Date de naissance : 20.02.58 Sexe : M.

PHOTO

Date

17 MARS 1989

Médecin

Do

M.

Ex. Clinique : Poids

65 Kgi.

Cœur

T. A.

Ap. resp.

Ap. dig.

Uries { A 0
S 0

Hernies

Râte

Varices

Réflexes

Neut

non palpée.

Neut.

N

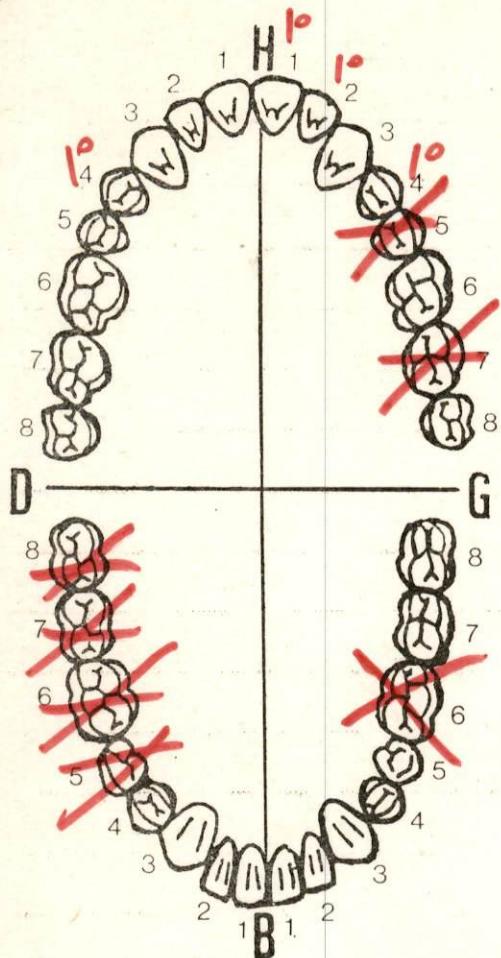
Ex. Complémentaires :

Antécédents :

20/7/01 El feille et hest
 1/8/87 8j. cassée 29/6/87

14/9/00 31 Repose et gout d'
 sel 17/11/05 à reprise
 de l'industrie et le 20/11/05
 en NR

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENT



OBSERVATIONS :

W

Dates	Actes	Observations
8/6/94		
15/12/00	Acce bridaux en → 27. ccm 1 13 Ap 20	(HABTI)
5/2/01	No ?	
26 AVR 2006	Bridg com us → 26 4/100	
11 DEC 2006	Faction Acce en (26 14/06 PER 34 854	(JABRANE)

2015 BPL D55 PAP>6ell^B (1415, 242,
26, 27)

17 JUN 2015

01 +0,5

06 +0,5 222 +2



Chirurgie Orthopédique et Traumatologique • Chirurgie Plastique • Chirurgie Viscérale
Maternité • Cardiologie • Pédiatrie • Pneumo-phtisio-allergologie • Hémodialyse
Radiologie • Scanner • Mammographie • Échographie

Marrakech, Le 20/10/2005



A l'attention du médecin conseil
de la R.A.M.
MUTUELLE DE PREVOYANCE ET
D'ACTIONS SOCIALES DE LA ROYAL
AIR MAROC
SIEGE AEROPORT CASA-ANFA

CASABLANCA

N/Réf : AD-CL-RAM/FZ/043/05

V/Réf : PEC N°32054 de Mr MOUIS Noureddine

Cher confrère,

J'attire votre attention sur le dossier de Mr MOUIS qui a été hospitalisé à la Polyclinique du Sud 16/07/05 au 23/07/05 c'est à dire 02 jours en soins intensifs et 05 jours en chambre double ; vous n'avez accordé qu'un seul jour en soins intensifs donc le médecin traitant a droit à K30x30x2jours+5cs à 200 dhs et non K30x30x1jour et 2 cs (selon la convention signé entre les assurances privées et le CNOM).

Je vous demande de bien vouloir rectifier la PEC en accordant 02 jours de soins intensifs et K30x30x2+5cs cs à 200 dhs pour le médecin traitant.

Veuillez agréer, cher confrère l'expression de mes sincères salutations respectueuses.

Médecin Directeur
Dr Kh. AJANA

Dr. AJANA KHALID
Médecin Directeur
Polyclinique du Sud Marrakech

**CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE, D'ANGIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES**

Abdelouahab SEBBAN

- * Spécialiste en Médecine Interne
- * Angéologue - Phlébologue
- * Diplômé de l'Université de Bordeaux
- * Explorations des Artères et des Veines
- * Pillaroscopie - Sclérothérapie

دكتور عبد الوهاب الصبان

- * اخصاصي في الطب الداخلي
- * متخصص في أمراض الشرايين والأوردة
- * يعْلاج جامعة بوردو
- * تشخيص الشرايين والأوردة
- * شخص العروق الشعرية

Marrakech le : 16/07/05

N° 1578

COMPTE RENDU MEDICAL INITIAL

IDENTITE : Mr MOUIS Mohamed Noureddine

AGE : 46 ans.

INDICATIONS : Syndrome fébrile avec altération de l'état général et polyarthrite diffuse.

ATCD : paludisme avec des accès traités.

Le début de la maladie remonte à six jours avant son hospitalisation par l'installation d'une fièvre à 39°- 40° et arthralgies devenant rapidement des arthrites, et entraînant une impotence fonctionnelle, associées à deux épisodes de diarrhées.

L'examen trouve un patient très altéré, avec pâleur, poids = 47 Kg, température = 39°, pression brachiale = 110/70 et cliniquement, une arthrite avec un important épanchement articulaire des deux genoux, arthrite de la cheville gauche et du poignet gauche. Lésions articulaires diffuses Myalgie.

La radiographie pulmonaire montre un important syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 20 000 globules blancs à polynucléaires neutrophiles et une CRP à 395.5. La radiographie pulmonaire montre une silhouette cardiaque augmentée de volume.

Au total : syndrome fébrile sévère avec importante altération de l'état général et polyarthrite dans un contexte inflammatoire avec cardiomégalie évoquant une septicémie et nécessitant une hospitalisation en réanimation. Le patient est admis à la polyclinique du Sud au service de réanimation pour investigation, surveillance clinique et thérapeutique.

Marrakech le 16/07/2005

Dr A. SEBBAN


 Dr. Abdelouahab SEBBAN
 Spécialiste en Médecine Interne
 Angéologue - Phlébologue
 Explorations des Artères et des Veines
 Pillaroscopie - Sclérothérapie
 91 Rue Mohamed El Beqal n° 6 - MARRAKECH - Guéliz - Tél. / Fax : 044 43 15 02

044 43 15 02 - مراكش - جليز - الهاتف / الفاكس : 91 Rue Mohamed El Beqal n° 6 - MARRAKECH - Guéliz - Tél. / Fax : 044 43 15 02

**CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE, D'ANGIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES**

Dr Abdelouahab SEBBAN

Spécialiste en Médecine Interne

Angéologue - Phlébologue

* Diplômé de l'Université de Bordeaux

* Explorations des Artères et des Veines

* Capillaroscopie - Sclérothérapie

دكتور عبد الوهاب السبان

اختصاصي في الطب الداخلي

اختصاصي في أمراض الشرايين والأوردة

* خريج جامعة بوردو

* تشخيص الشرايين والأوردة

* فحص العروق الشعرية

Marrakech le : 16/07/05

COMPTE RENDU MEDICAL INITIAL

IDENTITE : Mr MOUIS Mohamed Noureddine

AGE : 46 ans.

INDICATIONS : Syndrome fébrile avec altération de l'état général et polyarthrite diffuse.

ATCD : paludisme avec des accès traités.

Le début de la maladie remonte à six jours avant son hospitalisation par l'installation d'une fièvre à 39°- 40° et arthralgies devenant rapidement des arthrites, et entraînant une impotence fonctionnelle, associées à deux épisodes de diarrhées.

L'examen trouve un patient très altéré, avec pâleur, poids = 47 Kg, température = 39°5, pression brachiale = 110/70 et cliniquement, une arthrite avec un important épanchement articulaire des deux genoux, arthrite de la cheville gauche et du poignet gauche. Lésions érythémateuses cutanées diffuses. Myalgie.

La ponction des genoux ramène 60 ml du genou gauche et 50 ml du genou droit d'un liquide purulent. Le bilan biologique montre un important syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 20 000 globules blancs à polynucléaires neutrophiles et une CRP à 395,5. La radiographie pulmonaire montre une silhouette cardiaque augmentée de volume.

Au total : syndrome fébrile sévère avec importante altération de l'état général et polyarthrite dans un contexte inflammatoire avec cardiomégalie évoquant une septicémie et nécessitant une hospitalisation en réanimation. Le patient est admis à la polyclinique du Sud au service de réanimation pour investigation, surveillance clinique et thérapeutique.

Marrakech le 16/07/2005

Dr A. SEBBAN

Dr Abdelouahab SEBBAN
Medecine Interne - Phlébologue
Angéologue
Explorations des Artères et des Veines
Capillaroscopie - Sclérothérapie
91 Rue Med El Beqal N° 6 Guéliz
Marrakech
Tél. / Fax : 044 43 15 02

CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE, D'ANGIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES

Dr Abdelouahab SEBBAN
Spécialiste en Médecine Interne
Angéologue - Phlébologue

- * Diplômé de l'Université de Bordeaux
- * Explorations des Artères et des Veines
- * Capillaroscopie - Sclérothérapie

دكتور عبد الوهاب الصبان
اختصاصي في الطب الداخلي
اختصاصي في أمراض الشرايين والأوردة
* خريج جامعة بوردو
* تشخيص الشرايين والأوردة
* فحص العروق الشعرية

Marrakech le : 25.07.2005

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Mr MOUIS Med Nouredine

Age: 47 ans

Médecins traitants : Mr le Dr CHABI, Mme le Dr EL KIRAT.

Hospitalisation à la Clinique DU Sud : du 16/07/2005 au 23/07/2005.

Motif d'hospitalisation : Syndrome fébrile avec importante altération de l'état général et polyarthrite diffuse.

ATCD : paludisme avec des accès traités en 1992.

Histoire de la maladie : remonte à 6 jours avant l'hospitalisation par un tableau de fièvre à 39° - 40°, des arthralgies et rapidement installation d'une altération de l'état général, avec arthrites et impotence fonctionnelle, apparition de lésions cutanées érythémateuses en plaque non prurigineuses au niveau des quatre membres, plus importantes au niveau des cuisses. A noter que le patient décrit un syndrome diarrhéique au début de la symptomatologie.

Un 1^{er} examen est fait au cabinet médical le 15/07/2005 : le patient est mis trois jours auparavant sous Augmentin, Cataflam et Di-Antalvic. L'examen du 15/07/2005 retrouve un patient altéré, se mobilisant difficilement, son poids est de 47 Kg, fièvre = 39°, pression brachiale = 110/60 aux deux bras.

Cliniquement, on note une arthrite des deux genoux, inflammatoire, avec un épanchement articulaire bilatéral, arthrite de la cheville gauche et du poignet gauche, les autres articulations sont hyperalgiques, difficilement mobilisables, sans signe d'arthrite ni de ténosynovite. La pression musculaire est douloureuse, l'abdomen est souple, sans organomégalie clinique sans masse palpable, l'examen cardiovasculaire trouve des bruits du cœur réguliers, pas de souffle surajouté, pas de signe de frottement péricardique, pas de signe de décompensation cardiaque, l'examen pleuropulmonaire est sans particularité, les aires ganglionnaires sont libres.

Mr MOUIS Mohamed Noureddine

L'examen cutané retrouve les lésions plus importantes au niveau des faces externes des deux cuisses en plaque géographique, érythémateuses, non prurigineuses, et s'effaçant à la vitro pression.

Le bilan biologique du 15/07/2005 met en évidence un gros syndrome inflammatoire biologique, avec une hyperleucocytose à 20 700 globules blancs/ mm³, à polynucléaire neutrophile = 16 974 / mm³, la CRP est à 395,5 mg/l, la fonction rénale est normale et le bilan hépatique montre une discrète cytolysse avec des TGP à 80 UI/l (VN < 49), les ASLO sont négatifs.

La ponction des genoux ramène 60 ml de liquide louche au niveau du genou gauche et 50 ml au niveau du genou droit dont l'analyse retrouve un liquide trouble, Rivalta positive, et à prédominance polynucléaire neutrophile (87 %), son examen direct et sa culture restent négatifs (à noter que le patient était sous antibiothérapie), une goutte épaisse est effectuée ainsi que la sérologie de Vidal et Félix revenue négative. Un traitement est prescrit par Augmentin, Oflurex, Bi-profénid et Di-Antalvic et le malade est resté sous surveillance à domicile.

Le 16/07/2005 : aggravation de l'état général du patient avec persistance de la fièvre et début de déshydratation, son état hémodynamique est resté stable, la fièvre est à 40°, avec un teint terne, et l'impotence fonctionnelle s'est accentuée : le patient est admis à la polyclinique du Sud dans le Service de réanimation pour investigations et une surveillance médicale plus rapprochée.

Les diagnostics évoqués à l'admission :

- Accès palustre devant les ATCD du patient.
- Fièvre typhoïde avec atteinte articulaire réalisant un tableau de septicémie.
- Maladie systémique sévère avec polyarthralgies, polyarthrites, et atteinte cutanée.
- Tableau de choc septique dont l'origine reste indéterminé.

Au cours de cette hospitalisation, un bilan biologique est effectué montrant la persistance d'un gros syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, la CRP est toujours élevée à 331,9 mg/l pour une normale < 5, la radiographie pulmonaire montre une cardiomégalie, il n'y a pas d'atteinte pleuro-parenchymateuse, l'échographie cardiaque demandée pour éliminer une péricardite ne montre pas d'épanchement péricardique. L'échographie abdomino-pelvienne est sans particularité.

Un bilan systémique est demandé : Latex Waaler Rose, anticorps antinucléaires, anticorps antiDNA revenu négatif.

Le patient est mis sous Tavanic et Augmentin, associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien par voie parentérale.

Le bilan du 17/07/2005 montre une aggravation de la cytolysse hépatique avec des TGO à 88 UI/l, les GPT = 90 UI/l , les gamma GT sont élevées.

Mr OUIS Mohamed Noureddine

On demande les sérologies de l'hépatite B, C et VIH qui sont revenus négatifs.

On poursuit la surveillance médicale et le traitement devant un début d'amélioration clinique et les bilans du 18/07/2005 montrent l'amélioration du syndrome inflammatoire avec la persistance de l'hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, la CRP à 148,8 ; la VS est à 125 mm la 1^{ère} heure, par contre, aggravation de son état hépatique avec des TGO à 160 UI/l, les TGP = 183 UI/l, et les GGT = 346 UI/l , le sérodiagnostic du Vidal est refait est revenu négatif.

On décide alors d'arrêter le Tavanic, l'Augmentin et le Voltarène devant la forte suspicion d'une hépatite médicamenteuse et le patient est mis sous Thiobactin par voie parentérale.

Un contrôle biologique est refait le 20/07/2005 montre l'amélioration spectaculaire de la CRP à 50,6 mg/l, par contre, aggravation de son état hépatique avec des TGO à 243 UI/l, TGP : 312 UI/l, GGT : 399 UI/l, les phosphatasées alcalines à 866 UI/l et les LDH à 577 UI/l.

Cliniquement, on note une amélioration de l'état général avec une fébricule et un bilan immunologique hépatique avec des anticorps anti-mitochondrie, anticorps anti muscle lisse est effectué revenu négatif, la goutte épaisse est refaite, ne montrant pas la présence de parasites intraerythrocytaires, la coproparasitologie des selles est revenue négative.

Le bilan biologique le 22/07/05 montre l'amélioration biologique aussi bien au niveau du syndrome inflammatoire avec une CRP à 18,8 et au niveau hépatique amélioration de la cytolysé avec des TGO à 74, les TGP = 170 et les Gamma GT à 274 UI/l et normalisation de LDH et diminution des phosphatasées alcalines et normalisation de LDH.

Cliniquement, le patient est apyrétique, les articulations sont libres, indolores, son état hémodynamique est stable.

En conclusion : tableau de septicémie, avec fièvre, polyarthrites et polyarthralgies, lésions cutanées, et un très gros syndrome inflammatoire biologique, nous évoquons en premier une fièvre typhoïde, avec des localisations articulaires mais dont le sérodiagnostic est probablement négativé par l'antibiothérapie antérieure.

- un paludisme est éliminé à deux reprises par des gouttes épaisses à deux reprises.
- une polyarthrite d'origine immunologique est éliminée par un bilan systémique négatif.
- une hépatite cytolytique iatrogène d'origine médicamenteuse bien évoluée.

Le patient quitte la polyclinique du Sud le 23/07/2005, une surveillance au cabinet sera effectuée par la suite.

Le traitement prescrit : Thiobactin 500 : 1 cp x 3f/j x 10 j et Azantac 150 : 1 cp/j

Marrakech le 25/07/2005

Dr A. SEBBAN

Dr. Abdelouahab SEBBAN
Médecine Interne
Angéiologie - Phlébologie
91, Rue Med El Beqai N° 6 Gueliz
Tél./Fax 044 43 15 02 Marrakech

مركز الجنوب للفحص بالأشعة CENTRE DE RADIOLOGIE DU SUD

SCANNER SPIRALE - 3 D - DENTASCAN • RADIOLOGIE • ECHOGRAPHIE
DOPPLER COULEUR PULSE ET CONTINU • MAMMOGRAPHIE • PONCTION BIOPSIE GUIDÉE

الدكتور توفيق بناني
Dr. Taoufik BENNANI
Spécialiste en Radiologie

B.Z



الدكتور عبد السلام الصغير
Dr. Abdesslam ESSRHIR
Spécialiste en Radiologie

Marrakech, le 17 Juillet 2005

* Nom et Prénom : Mr MOUIS Noureddine
* Médecin Traitant : Dr SEBBAN

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

Au niveau abdominal

- La rate et le pancréas sont d'échostructure homogène, de contours réguliers et de taille normale.
- Le foie est de taille, de contours et d'échostructure homogène, contenant une petite image échogène et homogène en tache de bougie, périphérique, hépatique droite mesurant 23mm *en faveur d'un angiome*.
- La vésicule biliaire est alithiasique à paroi fine sans dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatique.
- Les reins sont de taille, de contours et d'échostructure normaux sans dilatation des cavités pyélocalicielles tant à droite qu'à gauche.
- Pas d'adénopathie profonde ni ascite.

Au niveau pelvien

- Vessie transonore homogène à paroi régulière non épaisse, sans image endoluminale ni pariétale anormale décelable.
- La prostate est d'échostructure homogène, de taille et de contours normal.
- Absence de formation tumorale pelvienne décelable.
- Le cul de sac de Douglas est libre.

AU TOTAL

- Echographie abdomino-pelvienne normale, hormis un petit nodule hyper échogène et homogène hépatique droite en tache de bougie évoquant un angiome hépatique .
- A compléter éventuellement par un scanner abdominal .

Dr Abdesslam ESSRHIR

Merci pour votre confiance.

Accès direct Rez-de-chaussée

2, Rue Ibn Aïcha - Guéliz - Marrakech - Tél : 044 44 70 20

مدخل سفلي مباشر