

Présentation UDR

Unité de Diagnostic Rapide
Hôpital Jean Verdier
Bondy

DR ROLLIN GUILLAUME, DRE LANANI AMIRA,
DR GILARDIN LAURENT, DRE FELTIN LOUISE



Plan

- I – Identité et fonctionnement de l'UDR
 - II – Bilan d'activité de l'UDR (2022)
 - III – Cas clinique
 - IV – L'électrophorèse des protéines sériques
 - V – Temps d'échange, questions
- 

I – Identité et fonctionnement de l'UDR



Unité de diagnostic rapide

DRE FELTIN LOUISE

D'où vient l'UDR ?

* Créée en 2019

* Inspirée des **Quick Diagnosis Units espagnoles**

- Contexte de désert médical, difficultés d'accès aux soins

- Intérêt

- médical (rapidité de prise en charge, limitation des retards diagnostiques)
- économique (limitation des coûts)
- satisfaction patients

* Modèle transposé au territoire du 93, **projet « Nouveau Jean Verdier »** (Pre BOURGARIT)

Fonctionnement de l'UDR

- * Unité de consultation (polyclinique)
- * Rattachée au service de médecine interne de l'hôpital mais **≠** médecine interne
- * Objectifs
 - **fluidifier** les parcours patients
 - en cas de suspicion de **maladie grave**
(cancers solides ou hématologiques, AEG récente, anomalies biologiques récentes inexpliquées – chemin clinique anémie ferriprive, ADP, polyarthralgies inflammatoires...)
 - **lien avec la médecine de ville** : réactivité, proximité
 - éviter des **hospitalisations inutiles** (diagnostiques) : accès facilité au plateau technique et aux avis spécialisés hospitaliers
- * +/- HDJ-HDS complémentaire ou examens en externe puis consultation de synthèse/ annonce
- * Prise en charge temporaire : orientation vers la filière spécialisée ou MT après diagnostic

Les motifs d'adressage (indicatifs)

- Idée générale à retenir :

UDR  unité de diagnostics graves/ relativement urgents
 médecine interne

(ex. AEG récente avec dorsalgie et dysphagie, diagnostic en 15 jours CE œsophage ;
anémie normocytaire avec douleurs osseuses inflammatoires)

- Pas d'indication UDR si :

- symptômes chroniques

(ex. explorations de céphalées atypiques évoluant depuis 6 ans : médecine interne)

- diagnostic déjà fait

(ex. SpA avec sacro-iliite bilatérale au TDM, HLA B27 positif)

UNITE DE DIAGNOSTIC RAPIDE

HOPITAL JEAN VERDIER, SERVICE DE MEDECINE INTERNE

Pr ANNE BOURGARIT, Dr LAURENT GILARDIN, Dr LOUISE FELTIN, Dr GUILLAUME ROLLIN, Dr OLIVIER MANGIN

Afin de fluidifier la prise en charge de certains patients, nécessitant une prise en charge diagnostique dans un délai court mais n'ayant pas besoin d'une hospitalisation, nous mettons en place une **Unité de Diagnostic Rapide (UDR)** :

- 1^{ère} consultation rapide (< 5 jours),
- Accès « préférentiel » aux examens complémentaires,
- Accès aux plateaux techniques et médecins spécialistes de l'ensemble du Groupe hospitalier (Hôpital Avicenne, Jean-Verdier et René Muret) et de l'APHP.

Qui adresser ?

- Anémie < 9g/dl, symptomatique ou non
- Perte de poids involontaire (perte de >10% sur une période > 6 sem)
- Fièvre ou Synd. Inflammatoire prolongé (> 2 sem)
- Adénopathies multiples
- Masse abdominale
- Hépatosplénomégalie
- Masse ou nodule pulmonaire ou pleural.
- Découverte de métastases multiples avec primitif inconnu.
- Découverte d'ascite (hors cirrhose)
- Perturbation du bilan hépatique, électrophorèse Prot.
- Polyarthralgies d'apparition récente
- Forte suspicion de pathologie cancéreuse

Quelle condition ?

Patient en état général suffisant pour une prise en charge ambulatoire (consultation & examens complémentaires).

Comment adresser ?

Par téléphone :

01 48 02 63 95

Lundi au Vendredi (9h à 18h) et WE et jours fériés de (9h à 12h)

Par Mail :

diagnosticrapide.jvr@aphp.fr

Equipe UDR

* **Dr ROLLIN** Guillaume (interniste et MG), **Dre LANANI** Amira (interniste),
Dre FELTIN Louise (MG en poste partagé), **Dr ECHERBAULT** Robin (Docteur Junior de médecine interne)

Dr GILARDIN Laurent (interniste – hémato), **Pre BOURGARIT Anne** (cheffe de service)

* 1 interne de MG, 1 externe

* 2 outils de communication :

-  **01 48 02 63 95**
-  **diagnosticrapide.jvr@aphp.fr**

* Enjeu de proximité et réactivité

* Ouverture sur la ville, volonté d'un **partenariat de soin** (rencontres trimestrielles, réunions)

* Création de **parcours patients** (anémie ferriprive, oncologie...)

II – Bilan d'activité (2022)

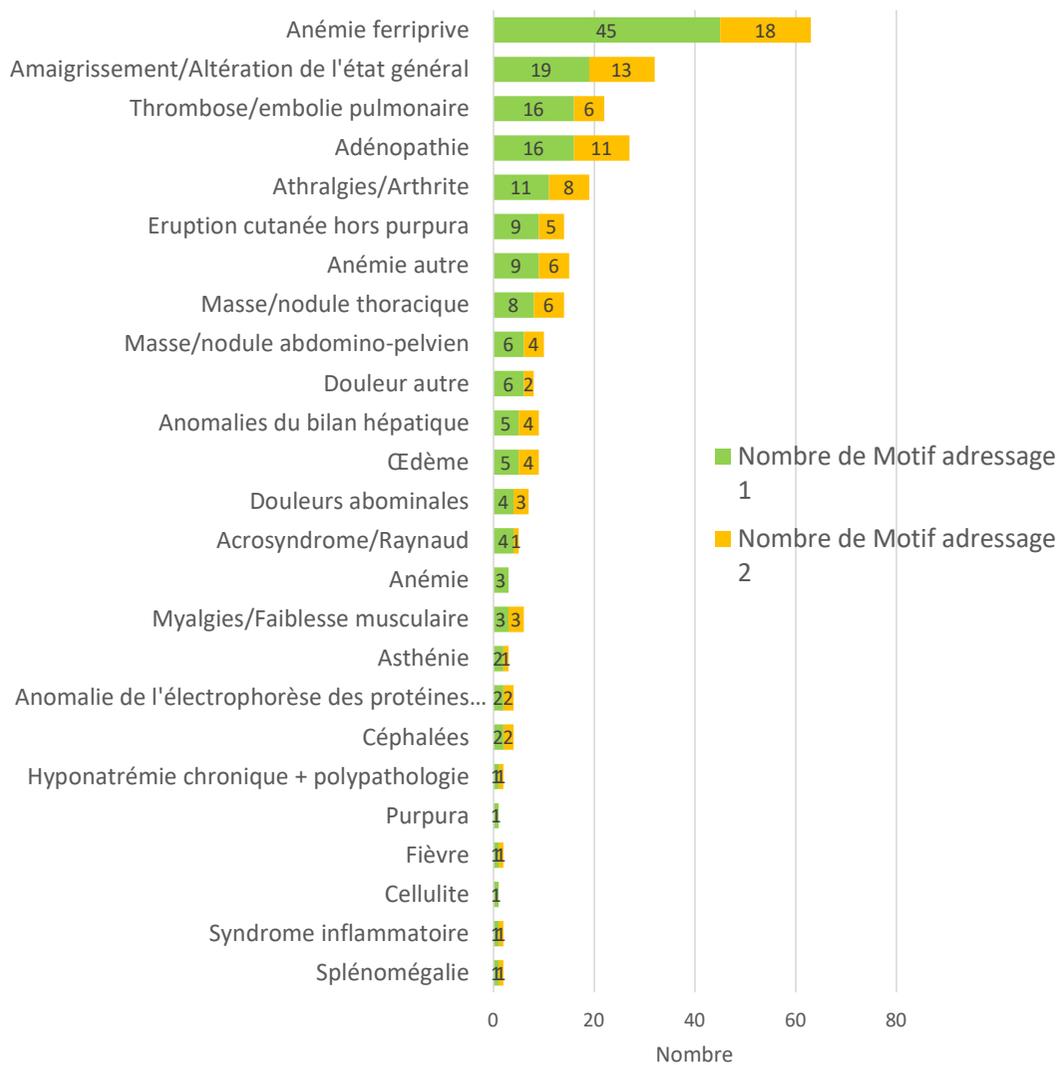


DRE FELTIN LOUISE

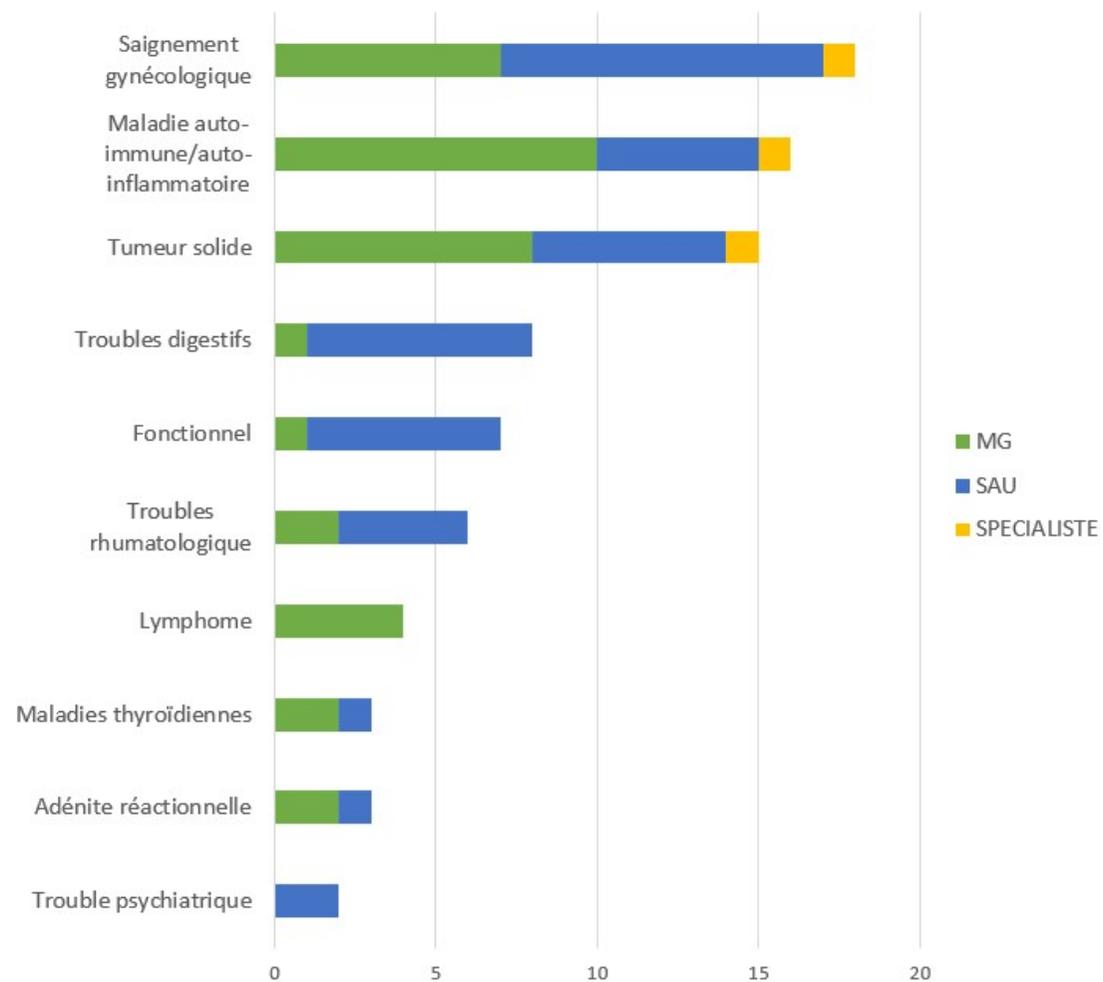
Aperçu 2022 – tendances actuelles

- 221 nouveaux patients (nombre total de consultations ?)
 - Dont 66 (1/4) adressés directement par le MG
 - Premier RDV avec médiane de 3 jours (moyenne de 5.5 jours)
-
- Augmentation de l'activité
 - Augmentation de la part des patients adressés par MG (communication)

Motifs d'adressage

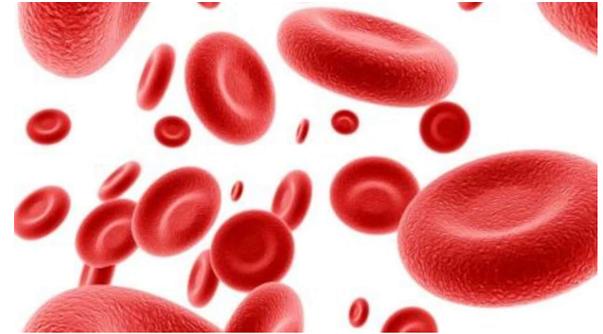


Diagnostics en fonction de l'adressage



III – Cas clinique « Petit ou grand »

DR ROLLIN GUILLAUME



SAU

- Femme, 43 ans consulte au SAU pour asthénie,
- ATCD : trait drépanocytaire AS, thyroïdite d'Hashimoto. Déficit en G6PD chez 2 fils.
- A l'interrogatoire : céphalées, douleurs thoraciques à l'effort, vertiges sans perte de connaissance, palpitation, ménorragies (Higham 200 connue non explorée),
- Examen clinique sans anomalie notable.

1^{er} bilan réalisé

- NFS :
 - Hb 4 g/dl, VGM 77, CCMH 22.6
 - Réticulocytes 24 000
 - Leucocytes 6 giga/L
 - Plaquettes 116 giga/L
- Frottis sanguin : anisocytose : ++, poïkilocytose : ++
- Ionogramme sanguin normal, créatinine normale
- CRP négative
- TSH normale
- ECG normal, troponine négative

=> Interprétation ?

Bilan partie 2

- LDH 3200
- Haptoglobine effondrée
- Contrôle NFS :
 - Schizocytes ++
 - Dacryocytes : ++
 - Polynucléaires hypersegmentés +++

Bilan partie 3

- Vitamine B12 effectué au SAU : effondrée
- Vitamine B9 normale
- Ferritine 140 (N)

Bilan partie 3

- Vitamine B12 effectué au SAU : effondrée
- Vitamine B9 normale
- Ferritine 140 (N)



Anémie mégaloblastique et hémolyse intramédullaire sur carence en vitamine B12

Suite de la prise en charge

- SAU : transfusion 2 CG et patiente adressée en UDR
- UDR :
 - Découverte sur un ancien CR d'une FOGD réalisée en 2014 : « Gastrite atrophique sévère »
 - Examen neurologique normal
 - Biologie :
 - Forte positivité anticorps anti-cellules pariétales
 - Anticorps anti-facteurs intrinsèques négatifs

Suite de la prise en charge

- SAU : transfusion 2 CG et patiente adressée en UDR
- UDR :
 - Découverte sur un ancien CR d'une FOGD réalisée en 2014 : « Gastrite atrophique sévère »
 - Examen neurologique normal
 - Biologie :
 - Forte positivité anticorps anti-cellules pariétales
 - Anticorps anti-facteurs intrinsèques négatifs

 Maladie de Biermer associée à une probable pathologie du globule rouge à explorer à distance de la supplémentation vitaminique

Suite UDR

- Supplémentation par vitamine B12 IM :
 - 1 fois par jour durant 1 semaine, puis
 - 1 fois par semaine durant 1 mois, puis
 - 1 fois par mois **à vie** (à noter qu'un relais par vitamine B12 PO est également possible en **prise quotidienne**, hors AMM)
- Surveillance FOGD/3 ans (augmentation du risque de cancer gastrique)
- Surveillance biologique
 - NFS jusqu'à normalisation
 - Bilan annuel dans le cadre du Biermer
 - NFS,
 - Vitamine B12,
 - Ferritine,
 - Glycémie à jeun

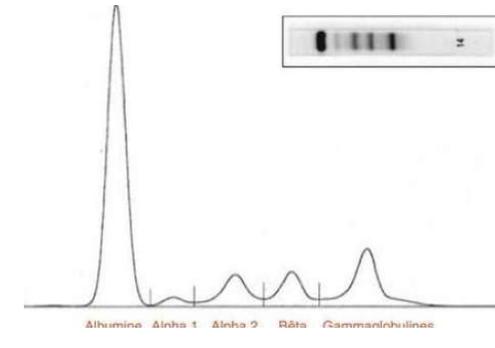
Messages clés

- Anémie ferriprive = TOUS les éléments suivants :
 - Anémie microcytaire hypochrome arégénérative
 - Plaquettes normales ou thrombocytose
 - Frottis sanguin : anisocytose/poilocytose
 - Ferritine basse
 - Bonne réponse à la supplémentation en Fer (+2 g/L d'Hb en 1 mois)

 à la moindre atypie : compléter le bilan d'anémie



IV – Dysglobulinémies Anomalies de l'EPPS



DR GILARDIN LAURENT

Merci !

Des remarques ? Des questions ?
Place à la discussion !

