

APPLICATION  
SMARTPHONE

iBook  
LA MARTINGALE\*  
GRATUIT

# LA MARTINGALE\*

RÉFÉRENTIEL DE FICHES MÉDICALES  
POUR L'ECNi

Cardiologie-Pneumologie  
Ophtalmologie  
ORL-CMF  
Rhumatologie-Orthopédie  
Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition  
Hépatogastro-entérologie  
Maladies infectieuses  
Soins palliatifs-Oncologie  
Pédiatrie n°1

ANNE CHARON

Avec la contribution

Comité de relecture composé de **PROFESSEURS**



# Volume 1

# LA MARTINGALE\*

RÉFÉRENTIEL DE FICHES MÉDICALES  
POUR L'ECNi

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie-Néphrologie  
Hématologie  
Médecine interne  
Dermatologie  
Neurologie-Gériatrie  
Psychiatrie  
Santé publique  
Pédiatrie n°2

ANNE CHARON

Avec la contribution du Docteur METON

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTrésorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



facebook.com/LeTrésorDesMedecins

# Abréviation

## A

**AA** : Air ambiant  
**AAA** : Anévrisme de l'aorte abdominale  
**AAG** : Asthme aigu grave^  
**AAP** : Anti-agrégant plaquettaire  
**Ac** : Anticorps  
**ACM** : Artère cérébrale moyenne  
**ACP** : Artère ciliaire postérieure  
**ACR** : Arrêt cardio-respiratoire  
**AD** : Autosomique dominant  
**ADC** : Apparent Diffusion Coefficient  
**ADK** : Adénocarcinome  
**ADP** : Adénopathie  
**AEEH** : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé  
**AEG** : Altération de l'état général  
**AINS** : Anti-inflammatoire non stéroïdien  
**AIT** : Accident ischémique transitoire  
**AJPP** : Allocation journalière de présence parentale  
**AL** : Anesthésie locale  
**AG** : Anesthésie générale  
**Ag** : Antigène  
**AHAI** : Anémie hémolytique auto-immune  
**AM** : Arrêt maladie  
**AMIR** : Anomalie micro-vasculaire intra-rétinienne  
**AMH** : Hormone anti-müllérienne  
**AMM** : Autorisation de mise sur le marché  
**AMP** : Aide médicale à la procréation  
**AMS (Neurologie)**: Atrophie multi-systématisée  
**AMS (HGE)** : Artère mésentérique supérieure  
**AOMI** : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs  
**APLV** : Allergie aux protéines de lait de vache  
**APS** : Antipaludéen de synthèse  
**AR** : Autosomique récessif  
**ARV** : Anti-rétroviral  
**ASP** : Abdomen sans préparation  
**AT** : Arrêt de travail/ Accident de travail  
**ATB** : Antibiotique  
**ATCD** : Antécédent  
**ATL** : Anti-leucotriène  
**ATS** : Antithyroïdien de synthèse  
**ATU** : Autorisation temporaire d'utilisation  
**AV** : Acuité visuelle  
**AVB** : Accouchement voie basse  
**AVC** : Accident vasculaire cérébral  
**AVF** : Algie vasculaire de la face  
**AVK** : Anti vitamine K  
**AVP** : Accident de la voie publique

## B

**BAAR** : Bacille acido-alcoolo-résistant  
**BAT** : Biopsie de l'artère temporale  
**BAV (Ophtalmologie)** : Baisse d'acuité visuelle  
**BAV (Cardiologie)** : Bloc atrio-ventriculaire  
**BBD** : Bloc de branche droit  
**BBG** : Bloc de branche gauche  
**BDCA** : Bronchodilatateur de courte durée d'action  
**BIP** : Diamètre bipariétal  
**BGN** : Bacille gram négatif  
**BGP** : Bacille Gram positif  
**BGSA** : biopsie des glandes salivaires accessoires  
**BHC** : Bilan hépatique complet  
**BHE** : Barrière hémato-encéphalique  
**BHR** : Barrière hémato-rétinienne  
**BMR** : Bactérie multi-résistante  
**BOM** : Biopsie ostéo-médullaire  
**BPCO** : Broncho-pneumopathie chronique obstructive  
**BSA** : Bloc sino-atrial  
**BUD** : Bilan urodynamique

## C

**C** : Clinique  
**CAE** : Conduit auditif externe  
**CAV** : Canal atrio-ventriculaire  
**CBC** : Carcinome basocellulaire  
**CBH** : Claude Bernard Horner  
**CBP** : Cancer broncho-pulmonaire  
**CBNPC** : Cancer bronchique non à petites cellules  
**CBPC** : Cancer bronchique à petites cellules  
**CCNE** : Comité Consultatif National d'Éthique  
**CCQ** : Céphalée chronique quotidienne  
**CCR** : Cancer colo-rectal  
**CDAPH** : Commission Départementale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
**CE** : Corps étranger  
**CE (Dermatologie)** : Carcinome épidermoïde  
**CEC** : Circulation extra-corporelle  
**CECOS** : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain  
**CEE** : Choc électrique externe  
**CEP** : Contraception œstro-progestative  
**CIN** : Néoplasie intra-épithéliale cervicale  
**CGR** : Culot de globules rouges  
**CGTC** : Crise généralisée tonico-clonique  
**CHB** : Cancer hépato-biliaire  
**CHC** : Carcinome hépato-cellulaire  
**Chrm** : Chromosome  
**CI** : Contre-indication  
**CIA** : Communication inter-atriale  
**CIV** : Communication inter-ventriculaire  
**CIVD** : Coagulation intra-vasculaire disséminée  
**CL** : Chaîne légère  
**CLU** : Cortisol libre urinaire  
**CMD** : Cardiomyopathie dilatée  
**CMI** : concentration minimale inhibitrice  
**CML** : Cellules Musculaires Lisses  
**CMO** : Cardiomyopathie obstructive  
**CMR** : Cardiomyopathie restrictive  
**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français  
**CN** : Colique néphrétique  
**CNO** : Complément nutritionnel oral  
**COP** : Contraception oestro-progestative  
**CPA** : Cellules présentatrices d'antigènes  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPC** : Cavités pyélocalicielles  
**CPDPN** : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal  
**CPP** : Canal pancréatique principal  
**CPRE** : Cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique  
**CRCM** : Centre de ressource et de compétence de la mucoviscidose  
**CSI (Pneumologie)** : Corticostéroïdes inhalés  
**CSH** : Cellule souche hématopoïétique  
**CST** : Coefficient de saturation en transférine  
**CT** : Chimiothérapie  
**CTA** : Céphalée trigémino-autonomique  
**CU** : Contraction utérine  
**CV** : Champ visuel/ Cardio-vasculaire  
**CVC** : Circulation veineuse collatérale

## D

**DA** : Dermatite atopique  
**DAI** : Défibrillateur automatique implantable  
**DAT** : Diamètre abdominal transverse  
**DBAI** : Dermatose bulleuse auto-immune  
**DC** : Décès  
**DDB** : Dilatation des bronches  
**DDG** : Date de début de grossesse  
**DDR** : Date des dernières règles  
**DDVG** : Diamètre diastolique du ventricule gauche  
**DEC** : Déshydratation extracellulaire  
**Del** : Délétion  
**DEP** : Débit expiratoire de pointe  
**DFG** : Débit de filtration glomérulaire  
**DFT** : Démence fronto-temporale

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**DIU** : Dispositif intra-utérin  
**DG** : Diabète gestationnel  
**DIU** : Dispositif intra-utérin  
**DLCO** : Capacité de diffusion du CO  
**DLFT** : Dégénérescence lobaire fronto-temporale  
**DMLA** : Dégénérescence maculaire liée à l'âge  
**DMO** : Densité minérale osseuse  
**DNF** : Dégénérescence neurofibrillaire  
**DO** : Déclaration obligatoire  
**DPC** : Dilatation pyélocalicelle  
**DPN** : Diagnostic prénatal  
**DR** : Décollement de rétine  
**DRA** : Détresse respiratoire aiguë  
**DRP** : Désobstruction rhino-pharyngée  
**DSVG** : Diamètre systolique du ventricule gauche  
**DT** : Délirium tremens

## E

**EBM** : Evidence based medicine  
**EBO** : Endobrachyoesophage  
**ECA** : Enzyme de conversion de l'angiotensine  
**ECBC** : Examen cyto bactériologique du crachats  
**ECBU** : Examen cyto bactériologique des urines  
**ECG** : Electrocardiogramme  
**ECTE** : Electro-cardio-tocographie  
**ECT** : Electro-convulsivo-thérapie  
**EDC** : Episode Dépressif Caractérisé  
**EPP** : Examen électro-physiologique  
**EER** : Epuration extra-rénale  
**EFR** : Exploration fonctionnelle respiratoire  
**EFS** : Etablissement français du sang  
**EIAI** : Epine Iliaque Antéro inférieure  
**IAS** : Evènement indésirable grave associé aux soins  
**IAS (Anatomie)** : Epine Iliaque Antéro Supérieure  
**EIC** : Espace intercostal  
**EMB** : Ethambutol  
**EMDR** : Eye Movement Desensitization and Reprocessing  
**ENMG** : Electro-neuro-myogramme  
**EOG** : Electro-oculogramme  
**EP** : Embolie pulmonaire  
**EPF** : Estimation du poids fœtal  
**EPP** : Electrophorèse des protéines plasmatiques  
**EPS** : Examen parasitologique des selles  
**EPU** : Electrophorèse des protéines urinaires  
**ESA** : Extrasystole auriculaire  
**ESV** : Extrasystole ventriculaire  
**ETF** : Echographie trans-fontanelle  
**ETO** : Echographie transœsophagienne  
**ETT** : Echographie transthoracique  
**EV** : Espérance de vie  
**EVA** : Echelle Visuelle Analogique

## F

**FA** : Fibrillation atriale  
**FAV** : Fistule artério-veineuse  
**FC** : Fausse couche  
**FCS** : Fausse couche spontanée  
**FCU** : Frottis cervico-utérin  
**FCV** : Frottis cervico-vaginal  
**FdP** : Facteur de protection  
**FdR** : Facteur de risque  
**FESF** : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur  
**FEVG** : fraction d'éjection ventriculaire gauche  
**FFR** : Fractional flow reserve (mesure de la réserve coronaire)  
**FID** : Fosse iliaque droite  
**FIG** : Fosse iliaque gauche  
**FIV** : Fécondation in vitro  
**FLQ** : Fluoroquinolone  
**FMT** : Fréquence maximale théorique  
**FO** : Fond d'œil  
**FOGD** : Fibroscopie œso-gastro-duodénale  
**FOP** : Foramen ovale perméable

## G

**GAFA** : Glaucome aigu par fermeture de l'angle  
**GAJ** : Glycémie à jeun  
**GB** : Globule blanc  
**GDS** : Gaz du sang  
**GEM** : Glomérulopathie extra-membraneuse  
**GEU** : Grossesse extra-utérine  
**GIU** : Grossesse intra-utérine  
**GPP** : Glycémie post-prandiale  
**GR** : Globule rouge

## H

**Hb** : Hémoglobine  
**HBP** : Hypertrophie bénigne de prostate  
**HBPM** : Héparine de bas poids moléculaire  
**HCSP** : Haut conseil de Santé Publique  
**HD** : Hémorragie digestive  
**HED** : Hématome extra-dural  
**HGPO** : Hyperglycémie provoquée par voie orale  
**HIC** : Hémorragie intra-cérébrale  
**HID** : Hyperhydratation intracellulaire  
**HIFU** : Ultrasons Focalisés de Haute Intensité  
**HIV** : Hémorragie intra-vitréenne  
**HLH** : Hémianopsie latérale homonyme  
**HM** : Hémorragie Méningée  
**HMG** : Hépatomégalie  
**HMG (Diabétologie)** : Hyperglycémie modérée de la grossesse  
**HMU** : Hypermobilité urétrale  
**HNF (Hématologie)** : Héparine non fractionnée  
**HNF (HGE)** : Hyperplasie nodulaire focale  
**HPN** : Hémoglobinurie paroxystique nocturne  
**HRB** : Hyper-réactivité bronchique  
**HRP** : Hématome rétro-placentaire  
**HSA** : Hémorragie sous-arachnoïdienne  
**HSD** : Hématome sous-dural  
**Ht** : Hématocrite  
**HTA** : Hypertension artérielle  
**HTAP** : Hypertension artérielle pulmonaire  
**HTIC** : Hypertension intracrânienne  
**HTP** : Hypertension portale  
**HTO** : Hypertension oculaire  
**HU** : Hauteur utérine  
**HVD** : Hypertrophie ventriculaire droite  
**HVG** : Hypertrophie ventriculaire gauche  
**HypoTSH** : Hypothyroïdie

## I

**I** : Insuffisance  
**IA** : Insuffisance aortique  
**IAH** : Index d'apnée/hypopnée  
**I<sup>aire</sup>** : Secondaire  
**IC** : Insuffisance cardiaque  
**ICD** : Insuffisance cardiaque droite  
**ICSI** : Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes  
**ID** : Immunodépression  
**IDE** : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat  
**IDM** : Infarctus du myocarde  
**IDR** : Intradermo-réaction  
**IF** : Immunofluorescence  
**IFD** : Immunofluorescence directe  
**IFI** : Immunofluorescence indirecte  
**IGH** : Infection génitale haute  
**IGRA** : Test de relargage de l'interféron gamma  
**IHC** : Insuffisance hépatocellulaire  
**IM** : Intra-musculaire/ Insuffisance mitrale  
**IMC** : Indice de masse corporelle  
**IMSI** : Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes morphologiquement sélectionnés  
**InVS** : Institut de veille sanitaire  
**INZ** : Isoniazide  
**IOA** : Infection ostéo-articulaire

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**IPP** (Rhumatologie) : Inter-phalangienne proximale  
**IPP** (HGE) : Inhibiteur de la pompe à protons  
**IPS** : Index de pression systolique  
**IR** : Insuffisance rénale  
**IRA** : Insuffisance rénale aiguë  
**IRC** : Insuffisance rénale chronique  
**IR<sub>esp</sub>C** : Insuffisant respiratoire chronique  
**IRF** : Insuffisance rénale fonctionnelle  
**IRM** : Imagerie par résonance magnétique  
**IRT** : Insuffisance rénale terminale  
**IST** : Infection sexuellement transmissible  
**ITK** : Inhibiteurs de la tyrosine kinase  
**ITL** : Infection tuberculeuse latente  
**ITS** : Immunothérapie spécifique  
**IU** : Infection urinaire  
**IV** : Intra-veineux  
**IVA** : Artère interventriculaire antérieure  
**IVG** : Interruption volontaire de grossesse  
**IVSE** : Intra-veineux à la seringue électrique

## J

**JDE** : Jonction dermo-épidermique  
**JLD** : Juge des libertés et de la détention  
**JPDC** : Jusqu'à preuve du contraire  
**JSC** : Jonction squamo-cylindrique

## K

**K** : Cancer

## L

**Lp** : Lymphocytaire  
**LA** (Hématologie) : Leucémie aiguë  
**LA** (HGE) : Liquide d'ascite  
**LAF** : Lampe à fente  
**LAL** : Leucémie aiguë lymphoïde  
**LAM** : Leucémie aiguë myéloïde  
**LBA** : Lavage broncho-alvéolaire  
**LCA** : Ligament croisé antérieur  
**LCC** : Longueur crânio-caudale  
**LCH** : Luxation congénitale de hanche  
**LCP** : Ligament croisé postérieur  
**LCR** : Liquide céphalo-rachidien  
**LCS** : Liquide cérébro-spinal  
**LED** : Lupus érythémateux disséminé  
**LF** (Pédiatrie) : Longueur fémorale  
**LF** (Ophtalmologie) : Lampe à fente  
**LH** : Hormone lutéinisante  
**LI** : Libération immédiate  
**LLC** : Leucémie lymphoïde chronique  
**LMMC** : Leucémie myélo-monocytaire chronique  
**Loco-R** : Loco-régional  
**LP** : Libération prolongée  
**LT** : Lymphocytes T  
**LVO** : Ligature des varices œsophagiennes

## M

**MAF** : Mouvements actifs fœtaux  
**MAI** : Maladie auto-immune  
**MAP** : Menace d'accouchement prématuré  
**MAT** : Micro-angiopathie thrombotique  
**MAV** : Malformation artério-veineuse  
**MB** : Membrane basale  
**MCE** : Massage cardiaque externe  
**MCP** : Métacarpo-phalangienne  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MDS** : Médicament dérivé du sang  
**ME** : Microscope électronique  
**MEC** : Matrice extra-cellulaire  
**MEIU** : Mort fœtale in-utéro

**MISP** : Médecin inspecteur de santé publique  
**MMH** : Maladie des membranes hyalines  
**MN** : Motoneurone  
**MNA** : Mini Nutritional Assessment  
**MNI** : Mononucléose infectieuse  
**MO** : Microscope optique/ Moelle osseuse  
**MP** : Maladie professionnelle  
**MTP** : Metatarso-phalangienne  
**MTR-PM** : Métorrhagie post-ménopause  
**MTV** : Maladie thromboembolique veineuse  
**MTX** : Méthotrexate  
**MV** : Murmure vésiculaire

## N

**NAC** : N-Acétylcystéine  
**NACO** : Nouveaux anticoagulants oraux  
**NAV** : Nœud atrio-ventriculaire  
**NFS** : Numération de la formule sanguine  
**NGC** : Noyaux gris centraux  
**NHA** : Niveau hydro-aérique  
**NL** : Neuroleptique  
**NO** : Monoxyde d'azote  
**NOIAA** : Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë  
**NORB** : Névrite optique rétrobulbaire  
**NPS** : Neuropathie périphérique sensitive

## O

**OACR** : Occlusion de l'artère centrale de rétine  
**OAP** : Œdème aigu pulmonaire  
**OBACR** : Occlusion de branche de l'artère centrale de la rétine  
**OBVCR** : Occlusion de branche de la veine centrale de la rétine  
**OCT** : Optical Coherence Tomography  
**ODM** : Ostéodensitométrie osseuse  
**OGE** : Organes génitaux externes  
**OH** : Alcool  
**OMA** : Otite Moyenne Aiguë  
**OMC** : Œdème maculaire congestif  
**OMI** : Œdème des membres inférieurs  
**OMS** : Organisation mondiale de la santé  
**OPH** : Ophtalmologie  
**OPP** : Ordonnance de placement provisoire  
**ORL** : Oto-rhino-laryngologie  
**OSM** : Otite séro-muqueuse  
**OVCR** : Occlusion de la veine centrale de la rétine

## P

**PA** : Pancréatite aiguë  
**PAC** : Pneumopathie aiguë communautaire  
**PAD** : Pression artérielle diastolique  
**PAF** : Polypose adénomateuse familiale  
**PAG** : Petit poids pour l'âge gestationnel  
**PAM** : Pression artérielle moyenne  
**PAP** : Pression de l'artère pulmonaire  
**PAS** : Pression artérielle systolique  
**PBH** : Ponction biopsie hépatique  
**PBR** : Ponction biopsie rénale  
**PC** : Pancréatite chronique/ Périmètre céphalique  
**PCH** : Prestation de compensation du handicap  
**PCI** : Produit de contraste iodé  
**PCT** : Procalcitonine  
**PDC** : Prise de contraste/ Produit de contraste  
**PDF** : Produit de dégradation de la fibrine  
**PE** : Potentiel évoqué  
**PEAA** : Potentiels évoqués auditifs automatisés  
**PEAG** : Pustulose exanthématique aiguë généralisée  
**PEP** : Pression expiratoire positive  
**PF** : Paralysie faciale  
**PFC** : Plasma frais congelé  
**PIC** : Pression intra-crânienne  
**PIT** : Primo infection tuberculeuse

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





**TT** : Temps de thrombine  
**TTT** : Traitement  
**TV** : Toucher vaginal  
**TVC** : Thrombose veineuse cérébrale  
**TVO** : Trouble ventilatoire obstructif  
**TVR** : Trouble ventilatoire restrictif  
**TR** : Toucher rectal  
**TRC** : Temps de recoloration cutanée

## U

**UCRM** : Uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle  
**UGD** : Ulcère gastro-duodéal  
**UIV** : Urographie intra-veineuse  
**US** : Ultrasons  
**USC** : Unité de soins continus  
**USI** : Unité de soins intensifs

## V

**VADS** : Voies aéro-digestives supérieures  
**VAS** : Voies aériennes supérieures  
**VBH** : Voie biliaire intra-hépatique  
**VC** : Vasoconstriction  
**VCI** : Veine cave inférieure  
**VD** : Vasodilatation  
**VGT** : Volume globulaire total  
**VIH** : Virus de l'immunodéficience humain  
**VM** : Ventilation au masque/ Ventilation mécanique  
**VNI** : Ventilation non invasive  
**VO** : Varice œsophagienne  
**VPP** : Valeur prédictive positive  
**VPPB** : Vertige paroxystique positionnel bénin  
**VRE** : Volume résiduel expiratoire  
**VVC** : Voie veineuse centrale  
**VVP** : Voie veineuse périphérique

## SYMBOLES

∅ : Absence / Diamètre  
≠ : Différent de  
= : égal à  
↓ : Diminution  
↑ : Augmentation  
# : Fracture  
γ : Grossesse  
Σ : Synthétisé  
Σ : Système sympathique  
pΣ : Système para-sympathique  
π : Pouls  
Δ : Différentiel

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Cardiologie

1. Endocardite infectieuse
2. Surveillance des porteurs de valves
3. Athérome
4. Facteurs de risque cardio-vasculaires
5. Dyslipidémie
6. Hypertension artérielle
7. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs - Anévrisme - Ischémie aiguë
8. Insuffisance veineuse chronique
9. Douleurs thoraciques
10. Électrocardiogramme
11. Fibrillation atriale
12. Valvulopathies
13. Insuffisance cardiaque
14. Péricardite aiguë
15. Troubles de la conduction intracardiaque
16. Palpitations
17. Souffles cardiaques chez l'enfant
18. Diurétiques
19. Arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant
20. Arrêt cardio-respiratoire chez l'adulte
21. État de choc
22. Syndromes coronariens aigus










## BONUS

23. Actes dentaires
24. Imagerie
25. Intoxication par médicaments cardiotropes

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**PÉRICARDITE AIGÜE – Item 233**  
= Inflammation aiguë des feuillets du péricarde

**Clinique**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prodrome</b> : Syndrome grippal</li> <li>- <b>Fièvre modérée + myalgies + asthénie</b><br/>NB : Fièvre moins fréquente chez les sujets âgés.</li> <li>- <b>Douleur thoracique rétrosternale ou précordiale gauche prolongée</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résistante à la trinitrine</b></li> <li>• <b>Majorée en décubitus à l'inspiration profonde et à la toux</b></li> <li>• <b>Calmée par la position assise ou penchée en avant</b> (antéflexion)</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- +/- Dyspnée : soulagée en position assise penchée en avant</li> <li>- +/- Toux sèche - Dysphonie - Hoquet</li> <li>- <b>Frottement péricardique précoce systolodiastolique</b> : (inconstant &amp; fugace)             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variant dans le temps &amp; position</li> <li>• <b>Crissement de cuir neuf, froissement de soie, bruit de pas dans la neige</b></li> <li>• Souvent associée à une <b>tachycardie</b></li> </ul> </li> <li>- +/- <b>Epanchement pleural.</b></li> </ul> |
|--|---|

**Examens complémentaires**

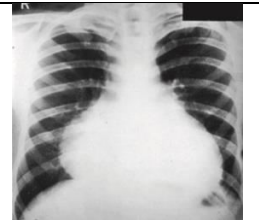
- |  |  |
|--|--|
| <p><b>ECG</b><br/>x 12 dérivation<br/><i>À répéter</i><br/><i>Peut être normal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anomalies diffuses non systématisées</b> sans image en miroir, évoluant en <b>4 stades</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stade 1 : Sus-décalage ST concave vers le haut - Ondes T positives</b> (le 1<sup>er</sup> jour)</li> <li>• <b>Stade 2 : Ondes T plates entre 24-48h</b></li> <li>• <b>Stade 3 : Ondes T négatives</b> (la 1<sup>ère</sup> semaine)</li> <li>• <b>Stade 4 : Normalisation</b> au cours du 1<sup>er</sup> mois.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Initial : <b>Sous-décalage de PQ D<sub>2</sub> = Pathognomonique</b></li> <li>- <b>Tachycardie sinusale +/- ESA, FA, flutter...</b></li> <li>- <b>Microvoltage</b> si épanchement abondant</li> <li>• Dérivations périphériques : Amplitude QRS &lt; 5 mm</li> <li>• Dérivations précordiales : Amplitude QRS &lt; 10 mm</li> </ul> |
|--|--|

**BIOLOGIE**

- Syndrome inflammatoire : NRF-CRP-VS
- **Marqueurs de nécrose : Troponine I-T-US ou CPK-MB**
  - Si marqueurs de nécrose positifs : **MYO-PÉRICARDITE**
- Ionogramme sanguin & urée-créatinine - **IRM cardiaque** (rehaussement tardif en sous-épicardique en épargnant le sous-endocarde) +/- Hémocultures & IDR

- Diagnostic de péricardite aiguë selon ESC 2015 (≥ 2)**
- Douleur thoracique
  - Frottements péricardiques
  - Épanchement péricardique à l'ETT
  - Modification à l'ECG

- RADIO. THORAX**
- Normale le plus souvent
  - **Rectitude du bord gauche du sternum** avec **cœur triangulaire en carafe** si épanchement abondant
  - Aide au diagnostic étiologique si pathologie pulmonaire associée ou épanchement pleural.



**ÉCHO. CŒUR**

- **Péricardite « sèche »** : écho. cœur normale **SANS épanchement**
- **Epanchement péricardique** : Abondance - Topographie - Tolérance +/- Tamponnade
  - **Décollement des deux feuillets péricardiques**
  - Epanchement : **Espace clair vide d'écho**
  - +/- **Masse péricardique** (métastase, caillot) ou **bande de fibrine** (Epanchement péricardique cloisonné)

- IRM non injectée**
- Si le patient n'est pas échogène - Présence d'une péricardite néoplasique - Epanchement péricardique cloisonné

**PONCTION PÉRICARDIQUE**

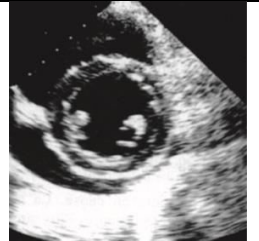
- **Indication** :
  - **Tamponnade - Epanchement péricardique abondant & symptomatique malgré un traitement médical > 1 semaine - Péricardite néoplasique**
- **Analyse** :
  - **Glucose - Protide - LDH**
  - **Cytologie - Analyse microscopique** : Coloration de Gram & Zielh-Nielsen
  - **Mise en culture bactérienne**
  - **Technique de PCR** : Recherche virale & tuberculose

**Si péricardite purulente**  
Privilégier le drainage chirurgical + analyse

**Quand faut-il hospitaliser le patient ?**

- **Hospitalisation non systématique** : utile pour réaliser l'enquête étiologique, dépister une complication et débiter le traitement.
- Hospitalisation en cas de **tableau clinique orientant vers une étiologie.**
- Hospitalisation en cas de **facteurs prédictifs d'une origine non idiopathique ou de risque de complications** :

- |          |  |
|----------|--|
| <b>M</b> | Présence d'une Myocardite associée   |
| <b>E</b> | Epanchement péricardique abondant (> 20 mm) ou tamponnade                              |
| <b>F</b> | Fièvre > 38°C  |
| <b>A</b> | Résistance au traitement Anti-inflammatoire (Aspirine ou AINS) prescrit depuis 7 jours |
| <b>A</b> | Patient sous AVK/AOD   |
| <b>I</b> | Patient Immunodéprimé  |
| <b>T</b> | Après un Traumatisme thoracique  |
| <b>S</b> | Symptômes présents depuis plusieurs jours-Semaines                                     |



Epanchement péricardique de moyenne abondance

**Etiologie**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>PÉRICARDITE AIGÜE VIRALE</b><br/><i>Idiopathique</i><br/><i>90%</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mécanisme : <b>infection virale &amp; réaction immune</b></li> <li>- Clinique : <b>Sujet jeune, prédominance masculine</b> : <b>syndrome grippal récent à début brutal &amp; fébrile</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Douleur thoracique</b> typique : Douleur majorée à l'inspiration avec frottement péricardique</li> </ul> </li> <li>- ECG : modification typique</li> <li>- Echo. cœur : normale +/- épanchement pleural.</li> <li>- <b>Etiologie</b> : entérovirus (Coxsackies A &amp; B), échovirus, adénovirus, CMV, parvovirus B19, EBV, VIH, VHC, influenzae.</li> <li>• <b>La ponction péricardique est inutile dans les formes typiques sans gravité</b></li> <li>- Pronostic : <b>Évolution favorable</b> mais <b>Récidive : 30 à 50%</b></li> </ul> |
| <p><b>Exception</b><br/>Péricardite de l'<b>infection VIH</b></p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mécanismes multiples</b> : (fréquent)             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection virale (VIH) ou autres - Surinfection bactérienne ou fongique chez l'immunodéprimé - Lymphomes/sarcome de Kaposi</li> </ul> </li> </ul>  |
| <p><b>PURULENTE</b><br/><i>Rare &amp; grave</i></p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Etiologie</b> : Staphylocoque, pneumocoque, streptocoque, BGN...</li> <li>- Terrain : <b>Sujet immunodéprimé ou porteurs d'infections sévères</b> (septicémie, chirurgie...)</li> <li>- <b>Pronostic sévère avec complications</b> : <b>tamponnade &amp; péricardite constrictive.</b></li> <li>- <b>Traitement</b> : <b>ATB</b> adapté au germe retrouvé sur la ponction péricardique + <b>Drainage chirurgical</b></li> </ul>   |
| <p><b>TUBERCULEUSE</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Péricardite subaiguë liquide + AEG + fièvre modérément persistante</b></li> <li>- Terrain : <b>Sujet tuberculeux</b> (âgé ou greffé), <b>VIH ou alcoolique</b> avec <b>notion de contage</b> → IDR : virage récent.</li> <li>- Recherche de BK (PCR) : expectorations, liquide pleural ou péricardique</li> <li>- Ponction pleurale : ↑ Adénosine désaminase +/- biopsie : granulome inflammatoire</li> <li>- Evolution : <b>Récidive - Tamponnade - Constriction péricardique</b></li> <li>- Traitement : <b>Antituberculeux + corticoïdes</b> (↓ évolution vers une péricardite constrictive)</li> </ul>  |

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

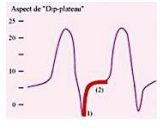
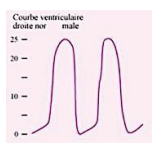
| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





<b>MALADIES SYSTÉMIQUES AUTO-IMMUNES</b>	- Péricardite auto-immune ( <i>fréquente</i> ) : <b>Hyperlymphocytose - Ac anti-sarcoleme</b> + Myocardite associée - <b>Étiologie</b> : Lupus, PR, sclérodémie, périartérite noueuse, dermatomyosite...
<b>INFARCTUS DU MYOCARDE</b>	- <b>Péricardite précoce</b> (J3 à J5) : évolution favorable au décours d'un IDM transmural. - <b>Péricardite tardive</b> (2 à 16 <sup>ème</sup> semaine) = <b>Sd. de Dressler</b> ( <i>rare</i> depuis le reperfusion précoce) • <b>Fièvre - Péricardite - Pleurésie - Arthralgie - AEG - Sd. inflammatoire - ↑ QT</b>
<b>INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE</b>	- <b>Péricardite urémique</b> : IR <sub>ÉN</sub> ALÉ sévère non dialysé ou dans les 1 <sup>ères</sup> semaines post-dialyse - <b>Péricardite chez les dialysés au long cours</b> : <b>Traitement épurateur inadapté</b>
<b>SYNDROME POST-PÉRICARDOTOMIE</b>	- <b>→ Origine inflammatoire</b> dans les jours/mois suivant la chirurgie cardiaque ou après transplantation cardiaque. - <b>Hémopéricarde</b> compliqué de <b>tamponnade</b> - <b>Chirurgie cardiaque = 1<sup>ère</sup> cause de constriction péricardique</b>
<b>AUTRES</b>	- Dissection aortique avec tamponnade - Irradiation thoracique (> 1 an après) - Traumatisme thoracique ou cardiaque → Hémopéricarde (KT) après ablation d'une arythmie par RF ou pose d'un DAI... - Médicaments : pénicilline, hydralazine - <b>Hypothyroïdie</b> (≠ Fibrillation atriale et Insuffisance cardiaque) - Rhumatisme articulaire aigu - Complication d'endocardite infectieuse
<b>Complications</b>	
<b>LA PÉRICARDITE AIGÜE EST LE PLUS SOUVENT D'ÉVOLUTION SIMPLE SANS COMPLICATION</b>	
<b>TAMPONNADE URGENCE</b>	- <b>Définition</b> : <b>Compression des cavités droites par un épanchement péricardique abondant et/ou d'installation brutale.</b> • Complication en absence de traitement : <b>Arrêt cardio-respiratoire par « adiestolie »</b> - <b>Terrain</b> : Péricardite : <b>Néoplasique - Traumatique - Tuberculeuse - Hémopéricarde</b> (Rare : péricardite aiguë virale) - <b>Clinique</b> : • <b>Douleurs thoraciques avec dyspnée positionnelle, polypnée puis orthopnée et toux +/- dysphagie, nausée, hoquet</b> • Signes droits : <b>Turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire</b> • <b>Signes de choc avec tachycardie et PAS &lt; 90 mmHg</b> • <b>Bruits du cœur assourdis</b> • <b>Pouls paradoxal</b> : <b>Inspiration entraîne une augmentation du retour veineux provoquant une dilatation du VD qui comprime le VG et aboutit à une diminution de la PAS</b> (PAS inspiration < PAS expiration - 10 mmHg) - <b>Examens complémentaires</b> : • <b>ECG</b> : <b>Microvoltage</b> +/- Alternance électrique • <b>Radio. thorax</b> : <b>Cardiomégalie avec aspect de « carafe »</b> • <b>Echo. cœur</b> : <b>Épanchement souvent abondant</b> ✓ <b>Collapsus diastolique des cavités droites en expiration et compression du VG par le VD en inspiration.</b> ✓ <b>« Swinging heart »</b> ou balancement du cœur dans la cavité péricardique → <b>Signe une évolution lente de l'épanchement</b> ✓ <b>Déplacement paradoxal du septum en inspiration</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"><b>Triade de Beck</b> RHJ - HypoTA - BdC assourdis</div>
<b>MYOCARDITE</b>	- <b>Myocardite fulminante</b> : tableau d'insuffisance cardiaque fébrile +/- choc - <b>Myocardite « biologique »</b> : Augmentation de la troponine sans dysfonction cardiaque et sans signe de défaillance cardiaque NB : Cause inconnue ou virale → <b>Echo. cœur + IRM</b>
<b>PÉRICARDITE RÉCIDIVANTE</b> <i>La plus fréquente</i>	- Souvent consécutive à une <b>durée de traitement insuffisante</b> - <b>Complication fréquente entre 3 à 6 mois après la péricardite aiguë d'allure virale</b> - <b>Colchicine</b> : prévient la survenue d'une récurrence
<b>PÉRICARDITE CHRONIQUE</b> > 3 mois	- Pose le problème de son étiologie surtout en absence de contexte évocateur de péricardite aiguë virale - Étiologie : <b>Péricardite tuberculeuse - Néoplasie</b> - Peut nécessiter une <b>péricardioscopie par fibres optiques avec prélèvement biopsique dirigé</b>
<b>PÉRICARDITE CHRONIQUE CONSTRUCTIVE</b> < 10%	- Mécanisme : <b>Épaississement fibreux du péricarde ou fibrocalcaire</b> (RT ou Scanner : calcifications péricardiques) • Étiologie : <b>Chirurgie cardiaque - Tuberculeuse - Purulente</b> - <b>Tableau ADIASTOLIQUE avec égalisation des pressions télédiastoliques des 4 cavités</b> - <b>Tableau d'insuffisance cardiaque : avec prédominance droite</b> (turgescence jugulaire & ascite) • <b>Signe de Kussmaul</b> : <b>Augmentation de la pression veineuse jugulaire à l'inspiration</b> - Diarrhée EXSUDATIVE = Lésionnelle (hyperpression canal thoracique) - <b>Echo. cœur + KT<sub>0</sub></b> : <b>« DIP PLATEAU »</b> (diagnostic différentiel avec les cardiomyopathies restrictives = CMR) - Traitement chirurgical : <b>Péricardectomie</b>
<b>Traitement</b>	
<b>PÉRICARDITE AIGÜE VIRALE BÉNIGNE</b> +/- Hospitalisation avec <b>repos</b>	- <b>Traitement antalgique</b> - <b>BI-THÉRAPIE</b> : <b>Durée = 2 à 4 semaines</b> , avec décroissance progressive d'emblée. • <b>AINS</b> : Ibuprofène 600 mg/6-8h ou <b>Aspirine</b> 750-1000mg/4-6h + <b>IPP</b> • <b>Colchicine</b> (0,5 mg x 2/j) → NB : Chez les > 70 kg ou > 70 ans ou IR <sub>ÉN</sub> ALÉ < 35 mL/min : ½ dose • <b>But</b> : <b>Antalgique &amp; Diminution des récurrences</b> • <b>Interactions médicamenteuses</b> : CYP450 - Macrolide - Ciclosporine - Vérapamil - Statine • <b>Surveillance biologique</b> : <b>Transaminases - Créatininémie - CPK - NFS - Plaquettes</b> • <b>Surveillance clinique</b> : <b>Diarrhée</b> (effet secondaire fréquent de la colchicine) • <b>Contre-indication</b> : <b>Insuffisance rénale sévère</b> • Arrêt du traitement si évolution clinique favorable, normalisation de la CRP et après contrôle échographique si épanchement - En 2 <sup>ème</sup> intention : Corticoïdes ou immunoglobulines IV → Attention, si 2 <sup>ème</sup> épisode de péricardite : AINS ou Aspirine + Colchicine <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"><b>URGENCE MÉDICO-CHIRURGICALE</b></div>
<b>TAMPONNADE</b>	- <b>Hospitalisation en USC</b> : <b>IOT-VM en position ASSISE</b> si choc cardiogénique, pour diminuer la consommation d'oxygène. → Attention, car la ventilation en pression positive : ↓ Pré-charge VD et VG - ↑ Post-charge VD → <b>Désamorçage du VG +/- ACR</b> - <b>Arrêt ou neutralisation des traitements anticoagulants</b>



Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](https://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




www.facebook.com/LeTresorDesMedecins | www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins | https://t.me/LeTresorDesMedecins | http://letresordesmedecins.blogspot.com |










# Dermatologie

1. Dermatoses faciales
  2. Dermatoses auto-immunes
  3. Hémangiomes
  4. Exanthèmes & Érythrodermies
  5. Prurit
  6. Psoriasis
  7. Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques
  8. Infections sexuellement transmissibles
  9. Infection à herpès virus du sujet immunocompétent
  10. Ectoparasitoses cutanées
  11. Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses
  12. Complications dermatologiques de la transplantation d'organe solide
  13. Ulcère de jambe
  14. Acrosyndromes
  15. Tumeurs cutanées
  16. Lymphomes malins cutanés
  17. Toxidermies médicamenteuses
  18. Dermocorticoïdes
  19. Choc anaphylactique et œdème de Quincke
  20. Grosse jambe rouge aiguë
- BONUS
21. Sémiologie en dermatologie
  22. Troubles des phanères
  23. Ulcérations et érosions des muqueuses

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



ACNÉ

Primitive & Puberté : **Dermatose inflammatoire chronique du follicule pilosébacé**

Physiopathologie

- 1) **Séborrhée** → Augmentation de la production de sébum.
    - **Hypersécrétion sébacée** par **hypersensibilité des R. androgéniques** : (taux d'androgènes circulant normaux) = **HYPER-ANDROGÉNIE PÉRIPHÉRIQUE**
      - Production de dihydrotestostérone (dans les cellules sébacées) par la 5 $\alpha$ -réductase de type I via testostérone libre
      - Sécrétion de sébum (déclenchée & entretenue) : dihydrotestostérone
      - Stimulation de sébum : R. androgène, neuromédiateur du stress et R. IGF (insuline)
  - 2) **Kératinisation infundibulaire du follicule pilosébacé** → **Formation du comédon et microkystes**
    - Hyper-prolifération des kératinocytes du follicule pilo-sébacé
    - Anomalie de la différenciation des kératinocytes : élimination anormale des cornéocytes de l'épithélium du canal infundibulaire
  - 3) **Microbes (flores) & facteurs de l'inflammation**
    - Flore anaérobie des follicules (saprophytes) : **BGP = Bactérie Propionibacterium acnes** → Sécrétion de facteurs de l'inflammation du follicule pilo-sébacé.
- +/- **Prédisposition génétique à l'acné**

L'acné est une maladie inflammatoire et non infectieuse !

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Lésions élémentaires

<b>SÉBORRHÉE Constante</b>	- <b>Peau grasse &amp; luisante</b> - Topographie : Visage (nez, front, menton, joues) - Région thoracique supérieure (cou, dos et face antérieure du thorax)
<b>LÉSIONS RÉTENTIONNELLES Obligatoires au diagnostic</b>	- <b>Comédons fermés</b> (microkystes) : <b>Papules de 2-3 mm</b> → Accumulation de sébum & kératine dans le canal folliculaire dilaté par obstruction de son orifice. - <b>Comédons ouverts</b> : « Points noirs » : <b>1-3 mm</b> +/- expulsion spontanée ou inflammation → Accumulation des kératinocytes oxydés au sein de l'orifice dilaté du canal infundibulaire
<b>LÉSIONS INFLAMMATOIRES</b>	- <b>Superficielles</b> : • <b>Papules inflammatoires &lt; 5mm</b> +/- Issues d'une lésions rétentionnelles avec élevures rouges, fermes +/- douloureuses → Evolution : <b>Résorption ou pustules</b> • <b>Pustules</b> : Papules avec <b>contenu liquidien purulent blanc/jaune</b> par accumulation de polynucléaires - <b>Profondes</b> : • <b>Nodules : Lésions inflammatoires profondes &gt; 5mm</b> → Evolution : Rupture dans la profondeur (nodules allongés et douloureux = sinus) <b>abcès ou cicatrices</b>
<b>CICATRICES</b>	- <b>Fréquentes</b> : secondaires aux lésions inflammatoires surtout si celles-ci durent depuis longtemps (surtout nodule)


Formes cliniques

Formes communes		Formes graves	
<b>ACNÉ MIXTE JUVÉNILE</b> F : 12 ans & H : 14 ans <b>Visage + Tronc</b>	- <b>Minime ou modérée</b> : lésions rétentionnelles et inflammatoires superficielles. - <b>Sévère</b> : lésions inflammatoires profondes (nodules)	<b>ACNÉ NODULAIRE OU ACNÉ CONGLOBATA</b> <b>Garçon - Visage + Tronc</b>	- <b>Nodules inflammatoires</b> - Evolution : <b>abcès ou fistule en profondeur (sinus)</b> → <b>CICATRICE</b>
<b>ACNÉ RÉTENTIONNELLE</b> Acné débutante	- Microkystes - Comédons ouverts du <b>visage</b>	<b>ACNÉ FULMINANTE</b> <b>Garçon</b> Exceptionnelle	Nodulaire aiguë, fébrile et ulcéreuse à <b>début brutal</b> - <b>Nodules</b> nombreux +/- compliqués d' <b>ulcérations nécrotiques &amp; hémorragiques</b> - <b>AEG - Fièvre - Arthralgies - Hyperleucocytose</b>

Formes étiologiques particulières

<b>ACNÉ NÉONATALE</b>	- <b>Androgènes</b> maternelles : Visage dès les 1 <sup>ères</sup> semaines de vie → Disparition spontanée en quelques semaines
<b>ACNÉ PRÉ-PUBERTAIRE</b>	- <b>Lésions rétentionnelles avant la puberté</b>
<b>ACNÉ EXOGENE</b>	- <b>Lésions rétentionnelles comédons ouverts</b> - Etiologie : « boutons d'huile » : cosmétiques + garagistes, mécaniciens, fraiseurs...
<b>ACNÉ DE LA FEMME ADULTE &gt; 25 ans</b>	→ <b>Papules ou nodules inflammatoires fermés, surtout de la partie basse du visage</b> (mandibule) - Acné juvénile chronique - Acné débutant tardivement - Cosmétique ...
<b>ACNÉ RÉVÉLANT UNE ENDOCRINOPATHIE</b>	- Acné féminine grave et résistante aux traitements - Acné + Hyperandrogénie (hirsutisme, alopecie, trouble des règles...) : SOPK...
<b>ACNÉ EXCORIÉE</b>	- <b>Femme</b> : <b>Manipulation excessive</b> de la peau du visage aboutissant à des érosions → Difficultés psychologiques

Diagnostics différentiels

<b>En absence de lésion rétentionnelle (comédons et microkystes) on peut éliminer le diagnostic d'acné.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Folliculites infectieuses (bactériennes : Demodex ou Candida)</li> <li>- <b>Folliculites médicamenteuse</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions monomorphes à début <b>BRUTAL</b> : <b>Papulo-pustules SANS comédon</b> → Régression à l'arrêt du médicament</li> <li>• <b>DERMOCORTICOÏDE - CORTICOÏDE - Androgènes - Progestatifs de synthèse - CONTRACEPTIF OESTROGESTATIF</b></li> <li>• <b>ANTIÉPILEPTIQUE - ANTITUBERCULEUX - Vitamine B12 - Halogènes - Sels de lithium</b></li> <li>• <b>AZATHIOPRINE - CICLOSPORINE - Anticorps monoclonaux et anti-kinases : anti-EGFR</b></li> </ul> </li> <li>- Rosacée (papulo-pustuleuse ou granulomateuse)</li> <li>- Syphilides acnéiformes</li> <li>- Sarcôïdose</li> </ul>	 <p style="text-align: center;"><b>Acné</b></p>


La dermatite séborrhéique n'est pas un diagnostic différentiel

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Traitements		
Moyens thérapeutiques		
LOCAL Application le soir	<b>RÉTINOÏDES TOPIQUES</b>	- Action : <b>Kératolytique</b> (comédolytique) sur les comédons & microkystes - Molécules : • Acide rétinoïque <i>tout-trans</i> = Trétinoïde • Acide 13-cis rétinoïque = Isotrétinoïde • Adapalène ( <b>activité anti-inflammatoire</b> ) - Effets secondaires : <b>Irritants</b>
	<b>PEROXYDE DE BENZOYLE</b>	- Action : <b>Antibactérien</b> (absence de résistance bactérienne) & <b>Comédolytique</b> sur les lésions inflammatoires superficielles - Posologie : 2,5 à 5% : visage & 10% : dos - Effets secondaires : <b>Irritants - Phototoxicité - Décoloration des vêtements</b>
	<b>ANTIBIOTIQUES LOCAUX</b>	- Action : <b>Antibactérien</b> (résistance bactérienne aux macrolides) & <b>Anti-inflammatoire</b> sur lésions inflammatoires superficielles - Molécules : Érythromycine 4% - Clindamycine - <b>NE JAMAIS UTILISER SEUL, MAIS EN ASSOCIATION AVEC RÉTINOÏDES TOPIQUES OU PEROXYDE DE BENZOYLE</b> - <b>Durée &lt; 4 semaines</b> (1 mois) pour éviter les résistances - Délai d'action : 3 semaines
	TRAITEMENTS COMBINÉS	→ Favorisent l'observance : Rétinoïdes + ATB ou Rétinoïdes + Peroxyde de benzoyle
GÉNÉRAL Toujours en association à un traitement local	<b>ANTIBIOTIQUES</b> Première prescription hospitalière Diminution progressive des doses	- <b>NE JAMAIS ASSOCIER À UN ANTIBIOTIQUE LOCAL</b> - Action : <b>Antibactérien - Anti-inflammatoire</b> (demi-dose) - <b>Anti-séborrhéique</b> (demi-dose) - Molécules : Doxycycline ou Lymécycline +/- Minocycline si échec des cyclines précédentes - <b>Durée &lt; 4 mois</b> pour éviter les résistances (en pratique, ordonnance pour 3 mois) - Effets secondaires : <b>Phototoxicité - Candidose - Vertige - Lupus induit - Troubles digestifs - Dyschromie dentaire (fœtus)</b> - Contre-indications : <b>Grossesse - Insuffisance hépatique - Hypersensibilité - En association aux ATB locaux - Enfant</b> • Si contre-indication : Macrolide sur courte période (Érythromycine - Roxithromycine - Josamycine)
	<b>GLUCONATE DE ZINC</b>	- Action : <b>Anti-inflammatoire</b> - Indication : Contre-indication des cyclines → <b>Acné pré-pubertaire (enfant) - Périodes estivales - Grossesse</b>
	<b>ISOTRÉTINOÏNE</b>	- Action : <b>Inhibiteur NON HORMONAL de la sécrétion sébacée induisant l'apoptose des sébocytes</b> (Roaccutane®, Curacne®) • <b>Anti-séborrhéique</b> pouvant induire la <b>GUÉRISON</b> - Posologie : <b>0,5 mg/kg/j</b> (0,2 à 0,3 mg/kg/j si forme rétionnelle) avec dose cumulée maximale entre <b>120-150 mg/kg</b> obtenue en 9 à 12 mois (< 1 an) → <b>Débuter à dose faible pour éviter l'acné fulminante</b> - Effets secondaires : • <b>Sécheresse cutanéomuqueuse dose-dépendante</b> : ✚ Chéilite - Xerose cutané - Conjonctivite → Contre-indication des lentilles de contact - Rhinite sèche - Photosensibilité • <b>Exacerbation de l'acné pendant les 4 premières semaines de traitement</b> → Traitement anti-rétentionnel avant Isotrétinoïne → <b>Diminue le risque de poussée inflammatoire</b> • <b>HYPERTENSION INTRA-CRÂNIENNE si association avec les cyclines</b> → Arrêt des cyclines ≥ 2 semaines avant le début de l'Isotrétinoïne • <b>Douleurs ligamentaires</b> , osseuses, articulaires et musculaires avec augmentation des CPK. • <b>Troubles de l'humeur</b> (prévenir les parents) → Évaluation du risque de dépression & suicidaire • <b>Cytolyse (hépatite) - Hyperlipidémie</b> → <b>ASAT/ALAT - CT/TG initial puis / 3 mois</b> • <b>Tératogène</b> → Traitement sous contraception efficace chez la femme en âge de procréer avec <b>CONSENTEMENT ÉCRIT</b> ✚ <b>bHCG plasmatique (sang) /mois (48h avant chaque prescription)</b> ✚ <b>bHCG à 5 semaines après l'arrêt du traitement</b> <div style="text-align: center;"><pre>graph LR; A[Contraception -1 mois] --&gt; B[Isotrétinoïne]; B --&gt; C[Contraception +1 mois]</pre></div> <b>Remise d'un CARNET DE SUIVI à compléter par le MÉDECIN &amp; PHARMACIEN.</b>
<b>HORMONOTHÉRAPIE</b>	→ <b>En absence de besoin contraceptif, il n'est pas recommandé de prescrire un œstro-progestatif dans l'acné.</b> - Indication : <b>Contraception chez une femme présentant de l'acné</b> - Molécule : <b>Progestatif à faible activité androgénique</b> • 1 <sup>ère</sup> intention : <b>Lévonorgestrel</b> (2 <sup>ème</sup> génération) • 2 <sup>ème</sup> intention : Norgestimate si acné persiste malgré un traitement dermatologique bien conduit • 3 <sup>ème</sup> intention : Cyprotérone 2mg + Éthinylestradiol 35 µg → Risque MTV/EP → Ne pas prescrire en cas de traitement par isotrétinoïne (efficacité contraceptive insuffisante)	

### « L'ASTUCE du PU » - PIÈGE QCM

- Peroxyde de Benzoyle : Acné
- Benzoate de Benzyle : Gale
- Butoxyde de Piperonyl : Poux

### « L'ASTUCE du PU » - RETINOÏDE

#### ISOTRÉTINOÏNE - Acné

- **Contraception** pendant toute la durée du traitement et **1 MOIS** après l'arrêt
- bHCG à **5 semaines après la fin du traitement**

#### ACITRÉTINOÏDE - Psoriasis

- **Contraception** pendant toute la durée du traitement et **2 ANS** après l'arrêt
- bHCG x **2 ans après la fin du traitement**

#### MÉTHOTREXATE - Psoriasis

- **Contraception** pendant toute la durée du traitement et :
  - **Femme : 1 MOIS** après l'arrêt

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





## ROSACÉE

**Maladie faciale fréquente de l'adulte > 20 ans**

Epidémiologie	Physiopathologie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet : <b>peau, yeux &amp; cheveux clairs</b> « malédiction des Celtes »</li> <li>- <b>Prédominance féminine</b> (2F/1H)</li> <li>- Pic de fréquence : <b>40-50 ans</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anomalies vasculaires faciales</b> (prédisposition) : <b>Bouffées vasomotrices + Télangiectasies</b> (vaisseaux dilatés)</li> <li>- <b>Infiltrats inflammatoires par dilatation des vaisseaux dermiques</b> : Réponse de l'immunité innée</li> <li>- <b>Colonisation</b> accrue par <b>Demodex Folliculorum</b> (acarien) : Pro-inflammatoire → <b>Absent dans le nouveau collège</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papules + Pustules : Possible forme granulomateuse avec <b>Granulomes épithélioïdes</b> (non systématique)</li> </ul> </li> </ul>

### DIAGNOSTIC CLINIQUE

**La rosacée se présente sous différentes formes mais le passage par des stades successifs n'est pas obligatoire !**

Clinique	
<b>FORME VASCULAIRE</b>	<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Phénomènes vasculaires PAROXYSTIQUES</b> : pendant <b>quelques minutes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Érythème paroxystique = Bouffées vasomotrices « flush » (visage + cou)</b></li> <li>• <b>Sensation de chaleur</b></li> </ul> </li> <li>→ Facteurs déclenchant : Changement de T° (+/- thermophobie), aliments ou boissons chaudes - <b>ALCOOL</b> - Épices - Émotions</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Phénomènes vasculaires PERMANENTS</b> : <b>Rosacée érythémato-télangiectasique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erythrose faciale</b> (érythème diffus disparaissant à la vitropression) + <b>Télangiectasie</b> (couperose) +/- <b>bouffée vasomotrice</b> = Hypersensibilité faciale - Sensation de brûlure - Inconfort cutané</li> <li>• <b>Topographie</b> : <b>Joues - Nez - Menton - Partie médiane du front</b> (jamais les zones péri-buccales et péri-orbitaires)</li> </ul> </li> </ul>
<b>FORME PAPULO-PUSTULEUSE</b> Érythrocouperose	<p style="text-align: center;"><b>III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La plus caractéristique</b> : <b>Papules &amp; pustules inflammatoires sur fond d'érythème permanent</b> (Ø comédon ni cicatrice)</li> <li>• <b>Topographie étendue</b> (jamais les zones péri-buccales et péri-orbitaires)</li> </ul>
<b>FORME HYPERTROPHIQUE</b> Rhinophyma	<p style="text-align: center;"><b>IV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prédominance masculine</b> (&gt; 95%) <b>après 50 ans</b></li> <li>- <b>Nez augmenté de volume + diffusément rouge + orifices folliculaires dilatés</b> : aspect « trogne » + <b>peau épaissie et fibreuse</b></li> </ul>

### Diagnostiques différentiels

<p><b>1) Rosacée stéroïdienne</b> (corticothérapie locale forte, prolongée sur le visage)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dépendance aux corticoïdes + érythème desquamatif rouge sombre ou violacé + télangiectasies</b></li> <li>• Topographie <b>étendue</b> y compris les zones <b>péri-buccales et péri-orbitaires</b></li> </ul> <p><b>2) Lupus érythémateux</b> (phase précoce) +/- biopsies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atrophies cutanées + hyperkératose</li> <li>- Bouffées vasomotrices et pustules absentes</li> </ul>	<p><b>3) Acné</b> : Dermatose prédominante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comédons &amp; microkystes ≠ Il n'y a jamais de lésion rétionnelle dans la rosacée</li> <li>- <b>Absence de bouffée vasomotrice</b></li> </ul> <p><b>4) Dermite séborrhéique à fond érythémateux parsemé de squames grasses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Topographie : ailes du nez, sillons naso-labiaux, sourcils, glabella et liseré antérieur du cuir chevelu</li> <li>- NB : si <b>dermatite séborrhéique + rosacée = « dermatose mixte du visage »</b></li> </ul>
--	---

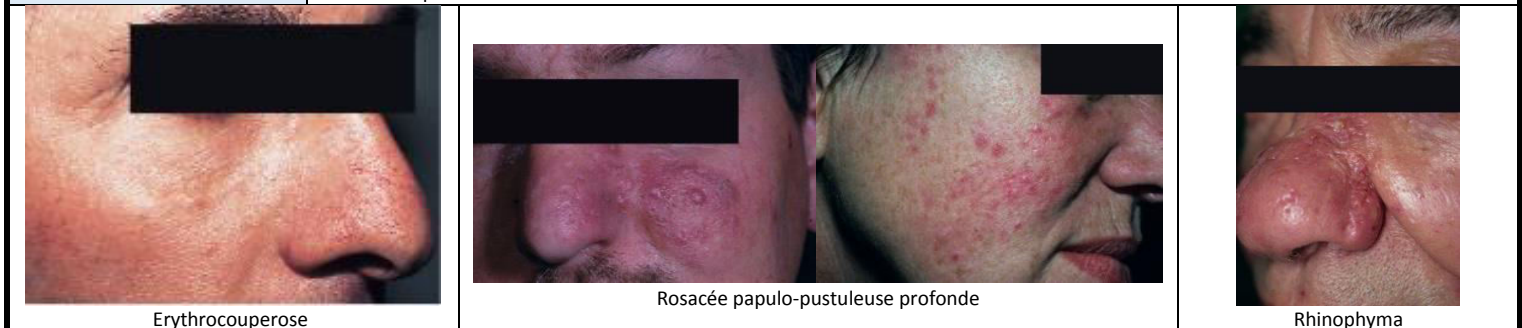
### Evolution

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Facteurs déclenchant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Climat continental</b> (fortes amplitudes thermiques entre été et hiver)</li> <li>• Travail à la <b>chaleur</b></li> <li>• Exposition <b>solaire</b> (à l'inverse du psoriasis)</li> </ul> </li> <li>- Phase inflammatoire disparaît avec l'âge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution chronique : poussées de papules &amp; pustules sans facteur déclenchant</li> <li>• <b>Absence totale de guérison</b></li> <li>- <b>Complications :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oculaires</b> (40%) : <b>Sécheresse - Conjonctivites - Blépharites +/- Kératites</b></li> </ul> </li> </ul>
---	---

**Traitement SUSPENSIF** → Récidives extrêmement fréquentes

### CONTRE-INDICATION DES DERMOCORTICOÏDES

<b>ÉRYTHÈME &amp; COUPEROSE</b>	<p>→ <b>La couperose ne répond pas aux traitements médicamenteux.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Laser vasculaire ou électrocoagulation</b></li> <li>- <b>Tartrate de brimonidine en gel</b> (vasoconstricteur alpha 2 mimétique) : Diminution de la rougeur d'une durée de plusieurs <b>heures</b></li> </ul>
<b>FORMES MINEURES</b> Traitements locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Métronidazole (antifongique) crème ou gel 0,75% x 3 mois</b> avec 2 applications /jour.</li> <li>- <b>Acide azélaïque gel 15% x 3 mois</b> avec 2 applications /jour.</li> <li>- <b>Ivermectine locale 1%</b></li> </ul>
<b>FORMES DIFFUSES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cycline PO</b> (Doxycycline 100 mg /jour en 1 prise le soir) +/- Topique locaux (métronidazole) → <u>Active sur les signes oculaires</u></li> <li>- <b>Rhinophyma</b> : <b>Chirurgie ou laser au CO<sub>2</sub></b></li> </ul>
<b>TRAITEMENT D'ENTRETIEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Après rémission</b> : <b>Métronidazole (antifongique) avec application quotidienne</b></li> </ul>
<b>HYGIÈNE LOCALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène locale</li> <li>- Absence de topique gras et fond de teints occlusif</li> <li>- Soins des paupières si blépharite : Lavage quotidien - Expression du contenu des glandes de Meibomius - Gels palpébraux</li> <li>- Larme artificielle si sécheresse oculaire</li> <li>- Photo-protecteur</li> </ul>



### ROUGEURS FACIALES PAROXYSTIQUES : « Flush »

FLUSH INTERMITTENTS	FLUSH CONSTANTS	SUEURS ISOLÉES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rosacée</li> <li>- Phéochromocytome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cause infectieuse : Tuberculose - Brucellose - VIH</li> </ul>

**Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:**

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |






## DERMATITE SÉBORRHÉIQUE

Dermatose chronique fréquente : 1 à 3%

### Physiopathologie

Le sébum ne joue probablement qu'un rôle accessoire, favorisant la prolifération d'une levure lipophile de la peau, du genre *Malassezia* (rôle démontré chez VIH)  
Maladie non infectieuse : Absence de transmission  
 Absence de relation quantitative entre la gravité de la maladie et la densité de la flore levurique, au moins chez les non VIH

### DIAGNOSTIC CLINIQUE

Clinique									
<p><b>ADULTE</b></p> <p>Prédominance masculine : 18-40 ans                      Facteur de risque : <b>stress</b>                      Facteur d'amélioration : <b>période estivale</b></p> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>VISAGE</b> La plus fréquente</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses</li> <li>- Topographie typique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillons naso-labiaux - Sourcils - Glabelle</li> <li>• Lisière antérieure du cuir chevelu - Barbe - Moustache</li> <li>• Atteintes étendues : Menton - Bord ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique)</li> </ul> </li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>CUIR CHEVELU +/- isolée</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Forme peu sévère</u> : (asymptomatique) Cuir chevelu recouvert de petites squames non adhérentes (état pelliculaire) +/- prurit</li> <li>- <u>Forme sévère</u> : Casque engainant des touffes de cheveux (pityriasis amiantacé)</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>TRONC</b></td> <td>- Plaques annulaires ou circonscrites à bordure squameuse en <b>pré-sternal</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>AUTRES</b></td> <td>- <b>Zones pileuses - Régions génitales</b></td> </tr> </table>	<b>VISAGE</b> La plus fréquente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses</li> <li>- Topographie typique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillons naso-labiaux - Sourcils - Glabelle</li> <li>• Lisière antérieure du cuir chevelu - Barbe - Moustache</li> <li>• Atteintes étendues : Menton - Bord ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique)</li> </ul> </li> </ul>	<b>CUIR CHEVELU +/- isolée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Forme peu sévère</u> : (asymptomatique) Cuir chevelu recouvert de petites squames non adhérentes (état pelliculaire) +/- prurit</li> <li>- <u>Forme sévère</u> : Casque engainant des touffes de cheveux (pityriasis amiantacé)</li> </ul>	<b>TRONC</b>	- Plaques annulaires ou circonscrites à bordure squameuse en <b>pré-sternal</b>	<b>AUTRES</b>	- <b>Zones pileuses - Régions génitales</b>
<b>VISAGE</b> La plus fréquente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses</li> <li>- Topographie typique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillons naso-labiaux - Sourcils - Glabelle</li> <li>• Lisière antérieure du cuir chevelu - Barbe - Moustache</li> <li>• Atteintes étendues : Menton - Bord ciliaires des paupières (blépharite séborrhéique)</li> </ul> </li> </ul>								
<b>CUIR CHEVELU +/- isolée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Forme peu sévère</u> : (asymptomatique) Cuir chevelu recouvert de petites squames non adhérentes (état pelliculaire) +/- prurit</li> <li>- <u>Forme sévère</u> : Casque engainant des touffes de cheveux (pityriasis amiantacé)</li> </ul>								
<b>TRONC</b>	- Plaques annulaires ou circonscrites à bordure squameuse en <b>pré-sternal</b>								
<b>AUTRES</b>	- <b>Zones pileuses - Régions génitales</b>								
<p><b>NOUVEAU-NE &amp; NOURRISSON</b></p> <p>&gt; 2<sup>ème</sup> semaine de vie du nouveau-né</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Croûtes jaunes du cuir chevelu (croûte de lait) &amp; visage</li> <li>- Dermate du siège</li> <li>- Squames grasses des plis axillaires</li> <li>- <u>Forme étendue &amp; extensive</u> : <b>Erythrodermie de Leiner-Mousson</b></li> </ul> <p>→ <u>Evolution</u> : Spontanément favorable.</p>  								
<p><b>SÉVÈRE &amp; ÉTENDUE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient atteint de la <b>maladie de Parkinson</b> et de <b>syndrome extrapyramidaux</b></li> <li>- <b>Alcoolique chronique</b></li> <li>- Malades traités pour des <b>carcinomes des voies aéro-digestives supérieures (VADS)</b></li> <li>- <b>VIH</b> : 40% des séropositifs &amp; 80% « SIDA » → <b>Dermite séborrhéique grave et/ou chronique doit faire réaliser sérologie VIH</b></li> </ul>								
Diagnostiques différentiels									
<p><b>PSORIASIS DES RÉGIONS SÉBORRHÉIQUES « sébopsoriasis »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent impossible à différencier cliniquement</li> <li>- <b>Localisations extra-faciales et ATCD permettent de séparer les deux entités.</b></li> </ul>								
<p><b>DERMATITE ATOPIQUE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nourrisson : Érythrodermie de Leiner-Mousson peut mimer le mode de début d'une dermatite atopique ou d'un psoriasis</li> <li>- Si présent uniquement au visage, évoquer la dermatite atopique en cas de résistance au traitement de la dermatite séborrhéique</li> <li>- Adulte : Dermate atopique déborde largement les localisations typiques des régions séborrhéiques</li> </ul>								

### Traitement


#### Les dermocorticoïdes NE SONT PAS contre-indiqués

	Méthodes	Indications
<b>INFORMATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toilette avec base lavande douce</li> <li>- Shampoings :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pyrithione de zinc</li> <li>• Piroctone-olamine</li> <li>• Kétoconazole</li> <li>• Sulfure de sélénium</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">Rechutes quasi-constantes à l'arrêt du traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat pelliculaire simple : <b>shampoings</b></li> <li>- Dermate séborrhéique de la face + tronc :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Formes habituelles</u> : <b>Durée = 2 à 4 semaines</b></li> <li>• <b>Kétoconazole topique ou Ciclopiroxolamine</b></li> <li>• <b>ou Gluconate de lithium</b></li> </ul> </li> <li>+/- Traitement d'entretien séquentiel</li> <li>• <u>Formes inflammatoires</u> : <b>Corticoïdes locaux quelques jours</b></li> <li>• <b>Erythrodermie de Leiner-Mousson</b> : <b>Kétoconazole topique</b></li> </ul>
<b>CIBLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antifongiques locaux :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kétoconazole - Ciclopiroxolamine</li> </ul> </li> <li>- Gluconate de lithium</li> <li>- Corticoïdes locaux d'activité modérée en début de traitement (période courte)</li> </ul>	
<b>INFORMATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie chronique</li> <li>- But traitement : <b>Rémission = suspensif</b></li> <li>→ <b>Jamais de guérison</b></li> <li>- Traitement itératif au long cours</li> <li>- Effets secondaires si traitement excessif</li> </ul>	
<b>CIBLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de la colonisation par <i>Malassezia</i></li> <li>- Lutte contre l'inflammation</li> <li>- Lutte contre la séborrhée</li> </ul>	

### Infection à MALASSEZIA - Levure commensale de la peau

Fréquente - Bénigne - Récidivante - Non contagieuse

<b>PYTIRIASIS VERSICOLOR</b>	- Dermatose du thorax et du cou → Macules « chamois » squameuses +/- achromiques NON prurigineuses (photo)
<b>DERMATITE SÉBORRHÉIQUE</b>	- Cf. supra
<b>PYTIRIASIS CAPITIS</b>	- État pédiculaire du cuir chevelu <b>PRURIGINEUX</b>
<b>FOLLICULITE du TRONC</b>	- Dermatose de l'homme jeune <b>PRURIGINEUSE</b>
<b>FONGÉMIES à MALASSEZIA</b>	- Prématurés et immunodéprimés



MALADIE COMPORTANT UNE HISTOLOGIE « GRANULOME EPITHELIOÏDE »	Pratiquer une SÉROLOGIE VIH devant les DERMATOSES SUIVANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuberculose - Sarcoidose</li> <li>- Rosacée</li> <li>- Lèpre</li> <li>- Maladie de Crohn cutanée</li> <li>- Maladie de Wegener</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermate séborrhéique</li> <li>- Psoriasis - Pityriasis rosé de Gibert - Kaposi</li> <li>- Zona chez le sujet jeune</li> <li>- Porphyrie cutanée tardive</li> <li>- Infection sexuellement transmissible</li> <li>- Candidoses et dermatophytes florides et/ou récidivantes</li> </ul>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

1. Alimentation et besoins nutritionnels chez l'enfant
2. Puberté normale et pathologique chez l'enfant
3. Retard de croissance staturo-pondérale chez l'enfant
4. Hémochromatose
5. Hypertension artérielle secondaire d'origine endocrinienne
6. Hypoglycémie
7. Goitre - Nodule - Cancer
8. Hyperthyroïdie
9. Hypothyroïdie
10. Adénome hypophysaire
11. Insuffisance surrénalienne
12. Gynécomastie
13. Diabète
14. Prévention primaire par la nutrition
15. Modifications thérapeutiques du mode de vie
16. Dénutrition
17. Amaigrissement
18. Obésité
19. Nutrition & Grossesse
20. Sport et santé. Aptitude aux sports chez l'enfant et chez l'adulte. Besoins nutritionnels chez le sportif
21. Tumeurs endocrines de l'ovaire




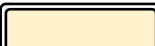





## BONUS

22. Exploration de l'axe corticotrope

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

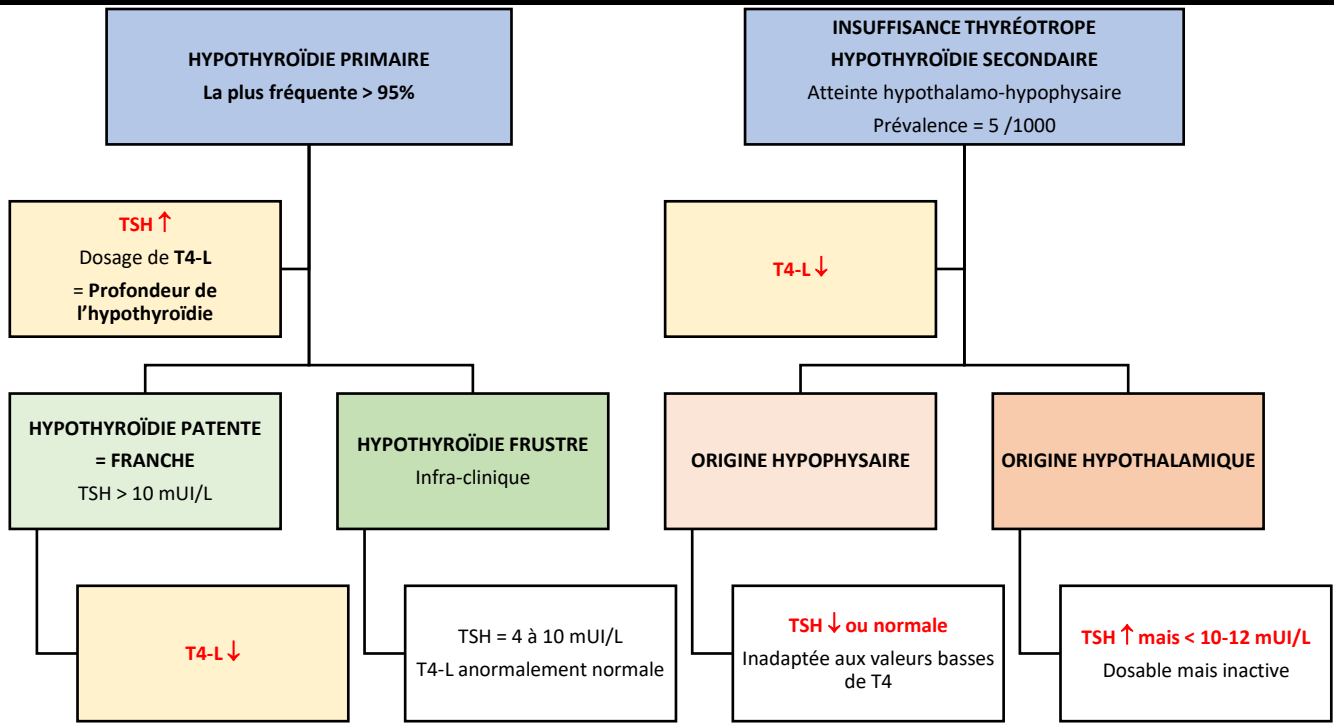
Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |







**Facteurs de risque**

- Femme : **7,5% femmes et 3% hommes**
- Age (10%)
- **Syndrome de Turner - Trisomie 21**
- **Maladie auto-immune : Diabète auto-immun...**

Clinique		Biologie
<b>SYNDROME D'HYPOMÉTABOLISME</b>	- <b>Asthénie</b> physique & psycho-intellectuelle - Somnolence - <b>Hypothermie</b> - Frilosité acquise - <b>Constipation acquise - Bradycardie</b> - <b>Prise de poids</b> modeste +/- perte d'appétit	- <b>Anémie normocytaire normochrome</b> (ou macrocytaire) +/- révélant une <b>Anémie de Biermer</b> dans le cadre d'une PEAI (rare) - Trouble de la coagulation par défaut d'adhésivité plaquettaire → <b>Maladie de Willebrand acquise</b>
<b>CUTANÉ - PHANÈRES</b>	- <b>Pâle</b> ou jaunâtre (carotino-dermie) - <b>Sèche, squameuse et dépilée</b>	- Anomalie des facteurs de l'hémostase - <b>Hypercholestérolémie</b> (↑ LDLc) - Hyper-tryglicéridémie plus rare par baisse de la dégradation des lipoprotéines - ↑ CPK par infiltration des fibres musculaires - <b>Cytolyse</b> : ↑ ASAT - ↑ LDH - <b>Hyponatrémie de dilution</b> : <b>SIADH</b>
<b>MYXOEDÈME CUTANÉO-MUQUEUX</b>	- <b>Face dorsale des mains</b> : <b>Syndrome du canal carpien</b> - <b>Paupières</b> (le matin au réveil) : « <b>Facies lunaire</b> » - <b>Laryngée</b> : <b>Voix rauque - Dysphonie à corde vocale normale et mobile</b> - <b>Trompes d'Eustache</b> : <b>Hypoacousie</b> - <b>Langue</b> : <b>Macroglossie et ronflement (SAOS)</b>	
<b>NEURO-MUSCULAIRE</b>	- <b>Enraidissement - Crampes &amp; myalgies - Syndrome dépressif</b> - Rare : Tendinites - Arthralgie - Neuropathie périphérique - Syndrome cérébelleux	
<b>ENDOCRINOLOGIE</b>	- <b>Galactorrhée</b> sans gynécomastie - <b>Hyper-PRL</b> si hypothyroïdie primaire avec TSH > 50 mUI/L (rare) - <b>Troubles des règles</b> : Oligoménorrhées - Ménorragies - Anovulation - <b>Trouble de la libido</b>	

**Formes cliniques**

<b>CARDIO-VASCULAIRE</b>	- <b>Atteinte fonctionnelle</b> • Modification de l'activité et du métabolisme du muscle cardiaque : Bradycardie sinusale - Baisse de la force contractile • <b>Insuffisance cardiaque et trouble du rythme ventriculaire</b> - <b>Infiltration</b> : <b>ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE</b> • Bruits du cœur assourdis - Cardiomégalie - Microvoltage diffus • Echographie cardiaque : Confirmation du diagnostic +/- épanchement pleural ou péritonéal - <b>Coronaropathie</b> : <b>Hypothyroïdie favorise l'athérome coronarien par l'hypercholestérolémie induite</b>
<b>NEURO-MUSCULAIRE &amp; PSYCHIATRIQUE</b>	- Etat dépressif, syndrome confusionnel ou une démence - Myopathie proximale (CPK ↑) - Apnée du sommeil
<b>COMA MYXOEDÉMATÉUX</b>	→ Rare : si <b>hypothyroïdie primaire profonde</b> (TSH > 50 et T4-L effondrée) • En <b>HIVER</b> avec facteur déclenchant (infection, chirurgie, sédatif ou antidépresseur) - <b>Coma calme - Hypotonique - Hypothermie - ROT lents et décomposés - Bradycardie - Bradypnée - Hypotension</b> - PL +/- Hyperprotéinorachie - Hyponatrémie de dilution - Diagnostic différentiel : Syndrome de basse T3
<b>GROSSESSE</b>	<b>COMPLICATIONS MATERNELLES</b> - <b>HTA - Pré-éclampsie - Fausse couche - Hémorragie du post-partum (HRP)</b>
	<b>COMPLICATIONS FŒTALES</b> → Au T1 : la thyroïde fœtale n'est pas fonctionnelle, le développement du SNC est dépendant des hormones maternelles : <b>Troubles du développement neuro-intellectuel - Hypotrophie - Détresse respiratoire aiguë - Prématurité</b> - T1 : TSH ↓ et T4-L à la limite supérieur de la normale

Seuil spécifique

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Étiologies	
<b>HYPOTHYROIDIE PRIMAIRE</b>	
<b>THYROIDITE AUTO-IMMUNE</b> - Thyroïdite chronique lymphocytaire <b>54%</b>	
<b>THYROIDITE DE HASHIMOTO</b>	
Clinique	Examens complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Goitre ferme et irrégulier</b></li> <li>- Infiltration lymphocytaire du parenchyme thyroïdien secondaire à une réaction auto-immune (CMH) et facteurs environnementaux : → Initialement hyperthyroïdie, évolution vers hypothyroïdie</li> <li>- +/- Associée à une PEAI (vitiligo, DT1, IS ou I. ovarienne, PR, anémie de Biermer, maladie coeliaque...)</li> <li>- Complications (1%) : <b>LYMPHOME</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-anticorps : <b>Anticorps anti-TPO +/- anti-thyroglobuline</b></li> <li>- <b>Echographie systématique</b> : Hypoéchogène &amp; hétérogène <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones hyperplasiques pseudo-nodulaires hyperéchogènes</li> <li>• Vascularisation hétérogène</li> <li>• <b>Accentuation de la lobulation visible par les incisures créant une rétraction du parenchyme prédominant à la face postérieure des lobes</b></li> </ul> </li> <li>- Scintigraphie non systématique (utile si TSH basse) : Fixation hétérogène avec des images pseudo-nodulaires hyperfixantes trompeuses</li> </ul>
<b>THYROIDITE ATROPHIQUE</b> Myxœdème primaire	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Évolution de la maladie de Hashimoto vers 50 ans</b> (après la ménopause chez les femmes) <b>Absence de goitre</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-anticorps : Négatifs</li> <li>- <b>Echographie</b> : Glande de taille normale ou diminuée - Hypo-échogénicité diffuse - Hétérogène</li> </ul>
<b>THYROIDITE AUTO-IMMUNE DU POST-PARTUM</b> <b>Prévalence : 5% des grossesses</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petit goitre → Résolutive dans l'année le plus souvent</li> <li>- Initialement : Hyperthyroïdie au 2<sup>ème</sup> mois du post-partum (souvent inaperçue) et Hypothyroïdie du 3 au 6<sup>ème</sup> mois</li> </ul>	
<b>THYROIDITE NON AUTO-IMMUNE</b>	
<b>THYROIDITE SUBAIGUE DE DE QUERVAIN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thyroïdite granulomateuse post-virale</b> : Inflammation du parenchyme - <b>Douloureuse</b></li> <li>- Initiale : Thyrotoxicose par destruction des follicules thyroïdiens puis hypothyroïdie secondaire → Rémission</li> </ul>
<b>THYROIDITE SANS ANTICORPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thyroïdite du post-partum</li> </ul>
<b>THYROIDITE IATROGENE</b> <b>15%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Silencieuse</b> - <b>Douloureuse</b></li> <li>- Etiologies : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Surcharge iodée</b> : Amiodarone</li> <li>• <b>Anti-thyroïdien de synthèse -Iode 131 - Radiothérapie cervicale</b></li> <li>• <b>Lithium</b> : Goitre, rarement une hypothyroïdie</li> <li>• <b>Traitement anti-thyrosine kinase - Interféron</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>THYROIDITE INFECTIEUSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thyroïdite de Riedel</b> (« fibreuse ») <b>compiquant parfois une thyroïdite d'Hashimoto</b> (bactérie ou parasite) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thyroïdite sclérosante ou fibreuse, infiltrant les structures adjacentes → Fibrose médiastinale ou rétro-péritonéale → Goitre expansif, très dur, pierreux, fixé et compressif = « Mime un cancer anaplasique »</li> <li>• <b>Biopsie en URGENCE</b></li> <li>• Traitement : <b>CORTICOTHERAPIE</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>CARENCE IODÉE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypothyroïdie sévère &amp; profonde + Retentissement neuro-cognitif majeur</li> </ul>
<b>MALADIES DE SYSTÈME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>AMYLOSE - HEMOCHROMATOSE JUVENILE OU POST-TRANSFUSIONNELLE - SARCOÏDOSE - SYNDROME NÉPHROTIQUE</b> → <b>Dépistage systématique à 72h de vie des hypothyroïdies primaires</b> (ponction capillaire au niveau du talon) : Mesure de la TSH sur papier buvard</li> </ul>
<b>HYPOTHYROIDIE CONGENITALE</b> <b>1 / 2 500</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique → Retard mental et retard de croissance n'existe plus <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ictère prolongé - Constipation - Hypothermie</b></li> <li>• <b>Pleurs rauques - Difficulté à la succion</b></li> <li>• <b>Fontanelles larges - Hypotonie</b></li> </ul> </li> <li>- Etiologies : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dysgénésie thyroïdienne</b> : Athyréose et thyroïde ectopique</li> <li>• <b>Hypothyroïdie « glande en place »</b> : Hypoplasie de la thyroïde et goitre par trouble de l'hormonogénèse</li> </ul> </li> <li>- <b>Traitement avant 12 à 15J de vie</b> : <b>L-thyroxine ≥ 10 µg/kg/j</b></li> </ul>
<b>INSUFFISANCE THYREOTROPE - HYPOTHYROIDIE SECONDAIRE</b> → <b>IRM</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compression de la région par une tumeur : Adénome- Craniopharyngiome - Méningiome</li> <li>- Séquelles post-chirurgicales ou post-RT de tumeurs de la région hypothalamo-hypophysaire</li> <li>- Séquelles de méningites</li> <li>- Traumatisme crânien - Hémorragie méningée</li> <li>- <b>Syndrome de Sheehan</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoplexie hypophysaire - Nécrose hémorragique hypophysaire du post-partum : Hypothyroïdie secondaire - Insuffisance surrénalienne secondaire - Aménorrhée</li> <li>- Hypophysite lymphocytaire (post-partum)</li> <li>- Génétique : Mutation de facteur de transcription de l'ontogénèse pituitaire</li> </ul> </li> </ul>	

Les bêta-bloquants inhibent la transformation T4 en T3, mais ne donne jamais d'hypothyroïdie

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Traitement		Traitement modifiant les doses de Lévothyroxine
<b>HYPOTHYROÏDIE PRIMAIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lévothyroxine</b> (L-T4) <b>à jeun</b> en 1 prise le matin. À PLEINE DOSE</li> <li>- Surveillance : <b>TSH + 6 semaines + 6 mois puis /an</b></li> <li>- Contre-indication : <b>Hyperthyroïdie - Myocardite - IDM récent</b></li> <li>- Effets secondaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravation de trouble cardiaque - Cutané - <u>Diabète induit</u></li> </ul> </li> <li>- <b>Surdosage</b> → Signe d'hyperthyroïdie</li> <li>- <u>Objectif</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH entre 0,4 - 2 mUI/L</li> <li>• Coronaropathie non contrôlée &amp; âgé : 10mUI/L</li> <li>• Grossesse &lt; 2,5 mUI/L</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Augmentation des doses de Lévothyroxine</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfate de fer - Carbonate de calcium</li> <li>• Hydroxyde d'alumine - Cholestyramine</li> </ul> </li> <li>- <b>Diminution des doses de Lévothyroxine</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>INDUCTEUR ENZYMATIQUE</b></li> <li>• Phénobarbital - Carbamazépine - Sertraline</li> <li>• Rifampicine - Phénytoïne - Chloroquine</li> </ul> </li> <li>- <b>Diminution de la fraction des hormones libres</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oestrogène</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>INSUFFISANCE THYREOTROPE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lévothyroxine</b> (L-T4)</li> <li>- Surveillance : <b>T4-L</b></li> <li>- <u>Objectif</u> : T4-L à dose normale ou 1/3 supérieure à la normale - T3-L normale</li> </ul>	

Situations cliniques		
<b>HYPOTHYROÏDIE PATENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge &lt; 70 ans sans facteur de risque : <b>1 à 1,5 µg/kg = 50 à 150 µg/J</b></li> <li>- Coronarien âgé : 12,5 à 25 µg/J, augmentation progressive /3 semaines jusqu'à 50 à 150 µg/J</li> <li>- → ECG /semaine +/- Béta-bloquant</li> </ul>	
<b>GROSSESSE CHEZ UNE HYPOTHYROÏDIE CONNUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- T1 : Augmentation de 25 à 50% de Lévothyrox</li> <li>- TSH /mois → <b>Objectif &lt; 2,5 mUI/L</b></li> </ul>	
<b>HYPOTHYROÏDIE FRUSTRE HAS 2007</b>	<b>RISQUE ÉLEVÉ DE CONVERSION</b>	- TSH > 10 et/ou Ac anti-TPO « + » : <b>Lévothyroxine 25-75µg/J</b>
	<b>RISQUE INTERMÉDIAIRE</b>	- TSH < 10 avec Ac anti-TPO « + » avec <b>signe clinique et hypercholestérolémie +/- Traitement</b>
	<b>RISQUE FAIBLE</b>	- TSH < 10 et Ac anti-TPO « - » : <b>Surveillance TSH à 6 mois puis /an</b>
	<b>GROSSESSE</b>	- <b>Traitement si TSH ≥ 3 mUI/L</b>

**RECOMMANDATIONS HAS 2007**  
Absence de dépistage systématique de l'hypothyroïdie frustre  
**DÉPISTAGE CIBLÉ**

- Femme > 60 ans ayant des antécédents thyroïdiens
- Présence d'anticorps antithyroïdiens
- ATCD de chirurgie ou d'irradiation thyroïdienne ou cervicale
- Traitement à risque thyroïdien : Amiodarone - Lithium - Interféron
- Pendant la grossesse ou post-partum :
  - Signe clinique évocateur d'un goitre
  - Contexte auto-immun
  - Contexte thyroïdien personnel ou familial

ÉTILOGIES DES HYPOTHYROÏDIÉS	
SANS GOITRE	AVEC GOITRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thyroïdite lymphocytaire : Atrophie - Post-partum</li> <li>- Iatrogène : Iode - Radiothérapie - Traitement</li> <li>- Congénitale : Ectopie et athyréose</li> <li>- Insuffisance thyroïdienne</li> <li>- Syndrome de résistance à la TSH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thyroïdite d'Hashimoto</li> <li>- Thyroïdite post-partum</li> <li>- Thyroïdite de Riedel</li> <li>- Thyroïdite de De Quervain</li> <li>- Iatrogène</li> <li>- Antithyroïdien de synthèse</li> <li>- Congénitale : Anomalie de l'hormonosynthèse</li> <li>- Carence en iode</li> <li>- Infiltration métastatique</li> </ul>

« L'ASTUCE du PU » - TRANSVERSALITÉ : Fœtus & Thyroïde		
HYPERTHYROÏDIE secondaire aux ANTI-THYROÏDIENS de SYNTHÈSE	HYPOTHYROÏDIE MATERNELLE	HYPOTHYROÏDIE CONGÉNITALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypothyroïdie fœtale</li> <li>- Aplasie du cuir chevelu</li> <li>- Atrésie des choanes</li> <li>- Fistules oeso-trachéale</li> <li>- Dysmorphie faciale</li> <li>- Goitre</li> <li>- Gastroschisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tb. du développement neuro-intellectuel</li> <li>- Hypotrophie</li> <li>- Détresse respiratoire aiguë</li> <li>- Prématurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictère prolongé</li> <li>- Constipation = Retard d'émission du meconium</li> <li>- Hypothermie</li> <li>- Pleurs rauques</li> <li>- Difficulté à la succion</li> <li>- Fontanelles larges</li> <li>- Hypotonie</li> </ul>

« L'ASTUCE du PU » - THYROÏDE & IODE		
<b>SURCHARGE en IODE</b>	<b>HYPERTHYROÏDIE de type 1</b>	- Pathologie décompensée sous-jacente = Toxicité fonctionnelle
	<b>HYPERTHYROÏDIE de type 2</b>	- Toxicité lésionnelle sur les thyrocytes

Ceci est juste un echantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:


| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |












1. La personne handicapée
2. Complications de l'immobilité et de décubitus
3. Rééducation et de réadaptation
4. Vieillesse normale
5. Troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé
6. Autonomie et dépendance
7. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Epidémiologie		Facteur de gravité
- <b>Incidence chute en France &gt; 65 ans : 20 à 30%</b> (50% des > 85 ans) • 75% : Traumatismes osseux → <b>Fracture du col du fémur</b> : 30% - En institution : 50% des personnes chutent /an		Passage au sol > 1h : Décès à 1 an : 50%
Principaux troubles de la marche et de l'équilibre		
CAUSE NEUROLOGIQUE	<b>DÉMARCHE DÉFICITAIRE</b>	- Déficit moteur consécutif à une atteinte du système pyramidal, du nerf périphérique ou du muscle
	<b>DÉMARCHE ATAXIQUE</b>	- Ataxie sensitive, vestibulaire ou sensitive
	<b>MARCHE DE PARKINSONNIEN</b>	- Marche à petit pas : enrayage cinétique ou <i>freezing</i> et l'instabilité posturale
	<b>ASTASIE -ABASIE</b>	- Astasie : Instabilité à la station debout avec rétropulsion spontanée - Abasie : Incapacité de marcher en dehors de la présence de tout symptôme pyramidal ou parkinsonien → Imagerie : Lésion frontale ou état lacunaire
DOULEUR	- Lombosciatique - Canal lombaire étroit arthrosique – Arthrose de hanche ou de genou – Artériopathie des membres inférieurs - Problème podologique – trouble de la statique plantaire	

**FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ = FACTEURS DE RISQUE PRÉDICTIONNELS DE RÉCIDIVE**

- <b>Âge &gt; 80 ans</b> - <b>Sexe féminin</b> - <b>ATCD de chute</b> - <b>POLY-MÉDICATION</b> > 4 classes médicamenteuses - <b>Iatrogénie</b> : • Effet sédatif : barbiturique, BZD hypnotique, anti-convulsivants • Syndrome extrapyramidal : Neuroleptiques • HypoTA orthostatique : anti-HTA (béta-bloquant, diurétique) L-Dopa et AD • Cardiaque : Anti-arythmiques, diurétique hypok <sup>+</sup> (torsade de pointe)	- <b>Trouble chronique de la marche</b> - <b>Atteinte neurologique</b> : • AVC - Démence - Parkinson - Hydrocéphalie chronique... - <b>Atteinte neuro-musculaire</b> : • Hyperthyroïdie - Dénutrition - Myopathie - Myosite - Médicamenteuse - <b>Atteinte ostéo-articulaire</b> : • Limitation de l'amplitude coxo-fémorale - Steppage - <b>Atteinte visuelle</b> : Cataracte - DMLA - Glaucome - <b>Syndrome dépressif</b>
---	--

**Facteurs FAVORISANT = PRÉCIPITANT ou PRÉDISPOSANT la chute chez les sujets âgés**

CARDIO-VASCULAIRE	- TdC & TdR : IDM ou syndrome coronarien - Modifications conditionnelles : HypoTA orthostatique - Embolie pulmonaire - Syncopes d'effort du rétrécissement aortique serré - Chute au cours d'une syncope vagale
NEUROLOGIE	- Troubles proprioceptifs avec ataxie - Syndrome cérébelleux - Troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire - Trouble de l'adaptation posturale - AVC - Epilepsie
CAUSES MECANIQUES	- Chutes au cours d'affection ou séquelle orthopédique ou rhumatologique
AUTRES	- Hypoglycémie - ALCOOL - Troubles ioniques : <b>Dyskaliémie - Dyscalcémie - Hyponatrémie - Anémie</b>
FACTEURS EXTRINSEQUES	- Parquet ciré, descente de lit glissante, baignoire ou douche glissante, chaise ou fauteuil trop bas, mauvais éclairage - Animaux domestiques, problèmes de chaussures - Changement d'environnement : hospitalisation, déménagement

**SYNDROME POST-CHUTE**

**HAS** : Chutes à répétition ≥ 2 chutes /an

**Définition**

**URGENCE GÉRIATRIQUE** : Sidération des automatismes de l'équilibre & marche

- Apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée d'une diminution d'activité et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique.

**Clinique**

- **Composante motrice** :
  - **RÉTROPULSION avec impossibilité de passage en antépulsion**
  - **Marche : talonnante avec élargissement du polygone de sustentation & flexion des genoux**
- **Composante psychologique** : **Anxiété majeure avec peur du vide antérieur** → Astaso-basophobie
- **Syndrome de régression psychomotrice** : Recherche dépendance (clinophilie, incontinence, demande de couche, aide aux repas...)
- **Syndrome dépressif** à rechercher systématiquement

**Pronostic**

**Facteurs de mauvais pronostic**

- |  |  |
|--|--|
| - <b>Evolution réversible</b> si le « syndrome post-chute » est précocement pris en charge<br>- En absence de prise en charge rapide : <b>Etat grabataire irréversible</b> | - <b>Nombre de chutes antérieures</b> (notamment dans les 3 mois)<br>- <b>Impossibilité de se relever après la chute</b> (> 3 heures)<br>- <b>Appui unipodal &lt; 5 secondes - Test de Romberg positif</b><br>- <b>Timed up &amp; go test &gt; 20 secondes</b><br>- <b>Test des 5 levers de chaise &gt; 15 secondes</b><br>- <b>Score de Tinetti &lt; 20 points</b> (Lever sans accoudoirs - Provocation de l'équilibre – Faire un tour à 360° - S'asseoir sur une chaise...)<br>- <b>Stop walking while talking</b> |
|--|--|

**GET UP AND GO TEST**

- **Intérêt** : Mesurer le temps nécessaire pour se lever, marcher 3 mètres, faire demi-tour et s'asseoir de nouveau.
- **Résultat** : Individu indépendant : Temps < 10 secondes
- **Risque de chute x 2,7 dans les 5 ans si temps > 16 secondes**

**« L'ASTUCE du PU » - RÉTROPULSION**

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Conséquences médicales et psychosociales des chutes du sujet âgé		
CONSÉQUENCES MÉDICALES	Fracture <b>5%</b>	- Fracture du col du fémur : 20 à 30% - Autres : fractures avant-bras, bras, cheville, radius, bassin, côtes, crâne
	Traumatisme sans fracture <b>10%</b>	- Plaies, érosions cutanées, hématomes multiples, rhabdomyolyse → Lourds de conséquences sur la restriction d'autonomie.
	Complication de l'immobilisation	- Escarres, déshydratation, bronchopneumopathie, confusion
CONSÉQUENCES PSYCHO-SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress avec précipitation du patient vers la perte d'autonomie &amp; placement.</li> <li>• 30% : Perte d'autonomie à moyen terme chez les patient sans fracture</li> <li>- Dévalorisation, perte de confiance en soi</li> <li>- Excès de surprotection de l'entourage : dépendance et restriction d'activité</li> </ul>	
ETIOLOGIES des chutes chez le sujet âgé		
NEUROLOGIE	Centrale	- Démence
	Périphérique	- Séquelles d'AVC - Parkinson - Myélopathie - Neuropathies
NEURO-MUSCULAIRE	Myopathie	- Hypothyroïdie - Corticothérapie - Ostéomalacie - Pseudo-polyarthrite rhizomélique
OSTÉO-ARTICULAIRE	Rachis	- Arthrose - Malformation rachidienne
	Membre	- Coxarthrose, gonarthrose - Limitation de la dorsiflexion de la cheville
SENSORIELLE	Vision	- DMLA - Cataracte - Rétinopathie diabétique - Glaucome
DÉNUTRITION	- <b>Dénutrition protéino-énergétique - Carences vitaminiques</b>	
CARDIAQUE	Baisse de l'adaptation à l'effort	- IC <sub>ŒUR</sub> , BPCO, anémie, carence en B <sub>12</sub> - HypoTA, Rétrécissement aortique
IATROGÈNE	Médicaments affectant la vigilance	- Psychotropes, antalgiques, NL, BZD, morphiniques
	HypoTA orthostatique	- Diurétiques, dérivés nitrés, anti-HTA centraux, NL, anticholinergiques
	Hypoglycémie	- Sulfamides hypoglycémiantes
Prévention des chutes		
HYGIÈNE DE VIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrition équilibrée avec supplémentation vitamino-calcique si ostéoporose</li> <li>- Activité physique avec entretien de la force musculaire</li> <li>- Activité intellectuelle régulière</li> <li>- Rupture de l'isolement pour une personne vivant seule.</li> </ul>	
DOULEURS	- Traitement des douleurs rhumatismales	
VUE & AUDITION	- Correction : lunettes, appareillages...	
TROUBLES DE LA MARCHÉ & ÉQUILIBRE	- +/- Kinésithérapie, port de chaussures confortables avec bonne stabilité	
PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE	- Réévaluation régulière des indications des médicaments prescrits, notamment ceux pouvant favoriser les chutes.	
HABITAT	- Suppression de tous les facteurs de chute avec installation de rampe, barre d'appui...	
CONDUITE À TENIR DEVANT UNE CHUTE CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE		
Interrogatoire		Examen clinique
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD</li> <li>- Ordonnance des médicaments</li> <li>- Description précise de la chute</li> <li>- Evaluation de la gravité</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen cardiovasculaire</li> <li>- Recherche de traumatisme - Examen ostéo-articulaire</li> <li>- Examen neurologique : Examen de la marche - Echelles appropriées : Get up and go test - Examen de l'équilibre - Reflexes : test de rétropulsion</li> </ul>
Examens complémentaires		Classement des chutes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ECG - NFS - Glycémie à jeun - Calcémie - 25(OH) Vitamine D</b></li> <li>- <b>IRM<sub>CÉRÉBRALE</sub></b> si signes neurologiques ou TAC/AAP.</li> <li>- <b>Si station au sol prolongée : Créatinine - CPK - Ionogramme sanguin</b></li> <li>- Suspicion d'infection : NFS - Hémo cultures - ECBU</li> <li>- +/- EEG, EMG, radio du rachis, bassin, hanches &amp; genou, IRM<sub>RACHIS</sub>...</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chute isolée sans cause retrouvée</li> <li>- Chutes répétitives pathologiques</li> <li>- Chutes associées à une cause directement responsable, +/- PC</li> </ul>
Thérapeutiques		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Traiter les conséquences de la chute :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement des fractures - Antalgiques - Lutte contre l'anxiété - Prévention de la déshydratation</li> </ul> </li> <li>- <b>Prévention du syndrome post-chute</b></li> <li>- <b>Traitement des causes de la chute</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifications des prescriptions si médicaments potentiellement à l'origine de la chute</li> <li>• Traitement de la cause</li> </ul> </li> </ul>		
<div style="border: 1px solid black; background-color: red; color: white; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Évaluation du risque fracturaire ODM /an si ATCD de chute</b> </div>		
Mesures et maintien d'autonomie & prévention des récives des chutes		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>REPRISE IMMÉDIATE DES ACTIVITÉS D'AUTONOMIE ÉLÉMENTAIRE</b></li> <li>- Si hospitalisation : Préparation du retour à domicile, lutte contre l'isolement</li> <li>- Soins infirmiers</li> <li>- Soins kinésithérapeutes : Equilibre - Marche - Automatisation - Musculation</li> <li>- Orthèse</li> </ul>		

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



# Gynécologie-Obstétrique


## GYNÉCOLOGIE

1. Ethique médicale
2. Violences sexuelles
3. Anomalies du cycle menstruel
4. Contraception féminine
5. Interruption volontaire de grossesse
6. Assistance médicale à la procréation
7. Douleurs pelviennes aiguës
8. Aménorrhée
9. Hémorragies génitales
10. Ménopause
11. Infections sexuellement transmissibles
12. Leucorrhée
13. Salpingite
14. Tumeurs du col de l'utérus - Tumeurs du corps utérin
15. Tumeurs de l'ovaire
16. Tumeurs du sein










## BONUS

17. Dépistage du cancer du col de l'utérus

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



L'examen gynécologique COMPLET n'est pas nécessaire pour la 1<sup>ère</sup> prescription de contraception chez l'adolescente → Systématique : **POIDS - TA - EXAMEN MAMMAIRE**  
La prescription d'une contraception peut se faire de manière ANONYME & GRATUITE

CONTRACEPTIONS HORMONALES

OESTRO-PROGESTATIF (CEP)

Physiopathologie

- Progestatif & Œstradiol = Effet anti-gonadotrope au niveau de l'hypothalamus : **Anti pic de LH/FSH = Blocage de l'ovulation** - Confort et effet anti-folliculaire
- Progestatif = **Glaire cervicale imperméable - Atrophie de l'endomètre (impropre à la nidation)**

Associations oestro-progestatifs (CEP)

Associations oestro-progestatifs (CEP)		Terrains à risque	
<b>CEP MONOPHASIQUE</b>	- Dose 1 <sup>ère</sup> phase = dose 2 <sup>ème</sup> phase	<b>Femme avec FdR CV</b>	- CEP dangereux
<b>CEP BIPHASIQUE</b>	- Dose 1 <sup>ère</sup> phase < dose 2 <sup>ème</sup> phase	<b>Post-partum</b>	- + 3 semaines (21 jours) si absence de FdR - + 6 semaines (42 jours) plus sereinement - Baisse la production Lactée - Passage dans le lait
<b>CEP TRIPHASIQUE</b>	- Doses augmentent au cours du cycle	<b>Post-IVG</b>	- Contraception hormonale le jour de l'IVG

Forme des contraceptifs oestro-progestatifs

<b>OORAUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Durée de 21 jours</b> → 1<sup>ère</sup> intention : Œstradiol de <b>synthèse = ETHINYL-OESTRADIOL</b> (15 à 50µg) ou <b>naturel</b></li> <li>- 1<sup>er</sup> jour de traitement = 1<sup>er</sup> jour des règles ou jour de l'IVG.</li> <li>- Tous les 21 jours : Arrêt pour hémorragie de privation</li> <li>• 1<sup>ère</sup> G : CEP triphasique 21 cpr : <b>noresthérone &amp; lynestérol</b> (Triella)</li> <li>• 2<sup>ème</sup> G : progestatif = <b>lévonorgestrel &amp; norgestrel</b> → <b>Remboursé = 1<sup>ère</sup> intention minidosé monophasique</b></li> <li>• 3<sup>ème</sup> G : Progestatif : <b>gestodène, norgestimate ou désogestrel</b> → Risque MTEV : <b>Non remboursé, ne pas prescrire en 1<sup>ère</sup> intention</b></li> <li>• 4<sup>ème</sup> G</li> <li>- <b>Avantages</b> : <b>Baisse l'incidence de certains cancers : OVAIRE - ENDOMÈTRE (maturation et desquamation cyclique) - CCR</b></li> <li>- <b>Inconvénient</b> : Augmentation de l'incidence du cancer du col &amp; sein - Risque si FdR CV - Risque MTEV</li> </ul>
<b>PATCH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée : 1 patch /semaine x 3 → <b>Évite le passage hépatique</b></li> <li>- <b>Norelgestromine &amp; éthylestradiol</b> (20µg) (Evra) → Non remboursé ≈ 3<sup>ème</sup> G. (risque MTV/EP) - Ne pas prescrire en 1<sup>ère</sup> intention</li> </ul>
<b>ANNEAU VAGINAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée : 1 anneau vaginal / 21 jours → <b>Évite le passage hépatique</b></li> <li>- <b>Etonogestrel &amp; éthinyloestradiol</b> (30µg) (Nuvaring) → Non remboursé ≈ 3<sup>ème</sup> G. (risque MTV/EP) - Ne pas prescrire en 1<sup>ère</sup> intention</li> </ul>

EN CAS D'OUBLI DE PILULE OESTRO-PROGESTATIVE

<b>OUBLI &lt; 12h</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre le comprimé immédiatement - Prendre le suivant à l'heure habituelle</li> <li>- Si il reste moins de 7 pilules sur la plaquette → <b>Enchaîner directement la plaquette suivante</b></li> </ul>
<b>OUBLI &gt; 12h</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si il reste plus de 7 pilules sur la plaquette → Respecter l'arrêt habituel entre les 2 plaquettes</li> </ul>

Contre-indications

Absolues	Relatives
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tabac &gt; 15 cigarettes /jour après 35 ans</b></li> <li>- <b>ATCD PERSONNEL de MTV/EP PROFONDE</b> artérielle ou veineuse</li> <li>- <b>Prédisposition héréditaire ou acquise de MTV/EP artérielle ou veineuse (SAPL)</b></li> <li>- <b>Lupus évolutif - Connectivites - Porphyrie</b></li> <li>- <b>ATCD de migraine avec AURA</b></li> <li>- <b>CANCER du SEIN</b></li> <li>- <b>Affections vasculaires, cardiaques, cérébrales ou oculaires</b></li> <li>- <b>Valvulopathie - Trouble du rythme thrombogène</b></li> <li>- <b>HTA non contrôlée</b></li> <li>- <b>Diabète compliqué de micro- ou macroangiopathie</b></li> <li>- Tumeur maligne connue/suspectée du sein ou autre « hormono-dépendante »</li> <li>- Affection hépatique sévère ou récente</li> <li>- Hémorragie génitale non diagnostiquée</li> <li>- +/- Tumeurs hypophysaires</li> <li>- <b>Crises d'épilepsie répétées</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tabagisme &amp; Âge &lt; 35 ans</b></li> <li>- <b>Diabète non compliqué</b></li> <li>- <b>Dyslipidémie - Obésité</b></li> <li>- <b>HTA traitée</b></li> <li>- <b>Migraine sans aura</b></li> <li>- Otosclérose</li> <li>- Tumeur bénigne du sein ou de l'utérus</li> <li>- <b>Insuffisance rénale</b></li> <li>- Cholestase récurrente ou prurit récidivant lors d'une grossesse antérieure</li> <li>- Hyperprolactinémie sans diagnostic étiologique</li> <li>- Allaitement</li> <li>- Inducteur enzymatique : Rifampicine - Anti-comateux - Barbiturique - Ritonavir - Millepertuis</li> <li>- Drépanocytose, maladie inflammatoire chronique (MICI)</li> <li>- <b>Dépression sévère.</b></li> </ul>

Si dyslipidémie sous oestro-progestatif, contre-indication à vie  
→ Prescrire des microprogestatifs

Effets secondaires

<b>GÉNÉRAUX</b>	- Nausée, vomissement - Jambes lourdes - Mastodynies - Acnés, hirsutisme - Migraine
<b>MÉTABOLIQUES</b>	- Hypertriglycéridémie - Altération du métabolisme glucidique : Hyperglycémie - Modification cholestérol
<b>HÉMOSTATIQUES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Active la coagulation - Hyper-fibrinolyse</b></li> <li>- <b>MTV/EP : RR = 2 (Oraux) à 4 (Anneau ou patch)</b></li> </ul>
<b>VASCULAIRES</b>	- Hypertension → RR si tabac = 11
<b>CANCEREUX</b>	- Augmentation de l'incidence du cancer : COL - SEIN - FOIE

Surveillance biologique

<b>ABSENCE DE FACTEUR DE RISQUE</b>	- <b>Cholestérol total + TG + Glycémie à jeun</b> + 3 à 6 mois après le début du traitement puis /5 ans
<b>PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUE</b>	- <b>Cholestérol total + TG + Glycémie à jeun</b> avant la prescription puis contrôle à 3-6 mois puis /5 ans

« L'ASTUCE du PU »  
Les contraceptions oestro-progestatives en forme non-oral (anneau ou patch) sont aussi à risque de MTV/EP. Contrairement au THM, ces formes ne sont pas à risque de MTV/EP (car dose plus faible)

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





PROGESTATIF	
<b>Physiopathologie</b> - <b>Glaire imperméable aux spermatozoïdes - Atrophie de l'endomètre</b> +/- Anti-gonadotrope - Contre-indication formelle = ATCD d'accident thrombo-embolique	
<b>Indication :</b>	
<b>Si contre-indication au CEP</b>	
Formes des contraceptifs progestatifs	
<b>MICRO-PROGESTATIF</b>	- <b>Oraux</b> 1 comprimé /jour à la même heure <b>EN CONTINU</b> - <b>Implant SC</b> x 3 ans (2,5 ans si surpoids - 2 ans si obèse) : Glaire imperméable & atrophie de l'endomètre ( <b>Nexplanon</b> ) - <b>Dispositif intra-utérin délivrant un progestatif (DIU) : Miréna x 5 ans ou Jaydess x 3 ans</b> pour nullipare <b>= 2<sup>ème</sup> intention après DIU au cuivre</b>
<b>MACRO-PROGESTATIF</b>	- <b>Oraux</b> → 1 <sup>er</sup> comprimé : 5 <sup>ème</sup> jour du cycle - <b>Injectable</b> / 3 mois
EN CAS D'OUBLI DE PILULE PROGESTATIVE	
<b>MICRO-PROGESTATIF OUBLI &gt; 3h</b>	- <b>Contraception mécanique pendant 7 jours</b> - Sauf « Cerazette » : protocole CEP
<b>MACRO-PROGESTATIF</b>	- Idem pilule œstro-progestative (Cut-off : 12h)
Contre-indications	
- <b>Cancer du sein</b> - <b>Cancer de l'endomètre</b> - <b>Insuffisance hépato-cellulaire</b> - <b>MTV/EP VEINEUX RÉCENTS</b> - <b>Méningiome</b> - <b>Macroprogestatif : ATCD de thrombose veineuse et artérielle (EP, SCA et AVC)</b>	<b>Effets secondaires</b> <b>MICRO-PROGESTATIF</b> - <b>Spotting</b> - Irrégularité menstruelle - <b>Aménorrhée</b> - +/- aspect folliculaire des ovaires - Augmente le risque de <b>grossesse extra-utérine</b> <b>MACRO-PROGESTATIF</b> - Hypo-œstrogénie avec conséquence sur la minéralisation osseuse - Atrophie de l'endomètre : Spotting - <b>Aménorrhée</b>
DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN AU CUIVRE	
<b>Physiopathologie</b>	
- <b>Effet gamétotoxique local du cuivre</b> - <b>Anti-nidatoire par inflammation sur l'endomètre</b>	<b>Indication : Si contre-indication aux contraceptions hormonales - Désir de la patiente</b> <b>Contraception de 1<sup>ère</sup> intention (nullipare ou multipare) - Durée : 4 à 10 ans</b>
<b>POSE</b>	- Pendant les règles - Post-partum + 4 semaines - Jour de l'IVG - Bilan infectieux si <b>facteur de risque d'IST</b> (ATCD d'IST ou IGH - Âge < 25 ans - Partenaires multiples) : PV PCR Chlamydia - Culture gonocoque - <b>Efficace immédiatement → Persistance des règles</b> <b>Surveillance /an</b> - NB : Utilisable en <b>contraception d'urgence jusqu'à 5 jours</b> après le rapport !
<b>CONTRE-INDICATIONS</b>	- MST < 3 mois ou en cours - Infection péri-partum - ATCD de BK génitale - Malformations utérines (utérus bicorne) - Cancer du col et de l'endomètre
<b>EFFETS SECONDAIRES</b>	- Modification du cycle menstruel - <b>Règles abondantes</b> . - Contraction utérine - Expulsion spontanée - Perforation utérine - Infections (salpingites) - Pseudo-tumeur : Acitomyose - <b>Stérilité tubaire</b>
<b>ABSENCE DE DISPOSITIF UTÉRIN CHEZ UNE PATIENT VIERGE (progestatif ou cuivre)</b>	
BARRIÈRES	STÉRILISATION
- Préservatifs féminins et masculins - Capes cervicales et diaphragme	4 juillet 2001 <b>Réflexion : 4 mois</b> <b>Consentement écrit +/- CECOS</b> (le consentement du partenaire n'est pas nécessaire)
MOYENS NATURELS	<b>Coelioscopie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ligature des trompes sous <b>anesthésie générale</b> → Efficacité immédiate.</li> <li>Voie inguinale → Vasectomie : <b>Efficace + 3 mois</b></li> </ul> <b>Hystéroscopie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Micro-implant en nickel à la partie proximale de la trompe sous <b>anesthésie locale</b> avec contrôle ASP ou échographique après la pose : <b>Efficace + 3 mois</b></li> <li>Clip de Hulka sur les trompes ou anneau de Yoon, Pommeroy &amp; Fumbriectomie</li> </ul>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**CONTRACEPTION de 1<sup>ère</sup> INTENTION (hors population à risque)**

- Contraception œstro-progestative ORALE de 2<sup>ème</sup> génération
- Dispositif intra-utérin au CUIVRE sauf si patiente vierge.

**INDICE DE PEARL**

Il n'y a pas d'implant œstro-progestatif

Nombre de grossesses non souhaitées sur une durée de 100 année-femme

Méthode - Ordre croissant	Indice de Pearl	Efficacité pratique
<b>Implant sous-cutané au progestatif</b>	0,05	
<b>DIU au Lévonorgestrel</b>	0,2	0,2
<b>Oestro-progestatif : Oral - Patch - Anneau</b>	0,3	8
<b>Pilule progestative</b>	0,3	8
<b>DIU au cuivre</b>	0,6	0,6
<b>Méthodes naturelles</b>	1 à 9	20
<b>Préservatifs masculins</b>	2	15
<b>Diaphragme et spermicide</b>	6	16
<b>Spermicide</b>	18	29
<b>Cape cervicale</b>	9 à 26	16 à 32

**SITUATIONS PARTICULIÈRES**

<b>DIABÈTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1<sup>ère</sup> intention : DIU au cuivre</b></li> <li>- Autre : œstro-progestatif, progestatif &gt; 40ans</li> </ul>
<b>DYSLIPIDÉMIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilule faiblement dosée en œstrogène</li> <li>- <b>Préférer les micro- ou macro-progestatifs</b></li> <li>- Contre-indications des CEP : TG &gt; 2g/L et CT &gt; 3g/L, tabac ou &gt; 35 ans et dylipidémie</li> </ul>
<b>ATCD MTV/EP ou ANOMALIE DE L'HÉMOSTASE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acétate de chlormadione (Lutéran)</li> <li>- Acétate de cyprotérone (Androcur)</li> <li>- Lévonorgestrel (Microval)</li> <li>- Patch aux œstrogènes naturels</li> </ul>
<b>HTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si absence de facteur de risque associé (tabac) : Contraception œstro-progestative faiblement dosée</li> <li>- HTA contrôlée sans FdR : Contraception œstro-progestative</li> </ul>

**CONTRACEPTION D'URGENCE**

+ 5,6% en 2012

<b>CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE</b> <b>PRESCRIPTION FACULTATIVE.</b> Contraception d'urgence utilisable même en présence d'un antécédent personnel de cancer du sein	<b>DANS LES 3 JOURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dose unique de Lévonorgestrel (Norlevo)</b></li> <li>- <b>Délivrance anonyme - Gratuite pour les mineurs - Sans ordonnance aux mineures</b></li> <li>- Si délivrance sur ordonnance, remboursée à 65%</li> </ul>
	<b>DANS LES 5 JOURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dose unique d'ulipristal acétate à 30mg (Ellaone)</b></li> <li>- Si délivrance sur ordonnance, remboursée à 65%</li> </ul>
<b>Dispositif intra-utérin au CUIVRE en URGENCE</b>	-	<b>ORDONNANCE OBLIGATOIRE (SF ou Médecin) - Remboursée à 60%: DANS LES 5 JOURS suivant le rapport.</b>

Ceci est juste un echantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Hématologie

1. Biothérapies et thérapies ciblées
2. Hémogramme chez l'adulte
3. Hémogramme chez l'enfant
4. Anémie chez l'adulte
5. Anémie chez l'enfant
6. Thrombopénie
7. Purpura chez l'adulte
8. Purpura chez l'enfant
9. Syndrome hémorragique
10. Syndrome mononucléotidique
11. Éosinophilie
12. Adénopathie superficielle
13. Thrombose récidivante
14. Splénomégalie
15. Agranulocytose médicamenteuse
16. Leucémie aiguë
17. Syndromes myélodysplasiques
18. Syndromes myéloprolifératifs chroniques
19. Leucémie lymphoïde chronique
20. Lymphomes
21. Myélome
22. Transfusion sanguine
23. Anti-thrombotiques










## BONUS

24. Frottis sanguin
25. Gestes et anti-agrégant-plaquettaire
26. Onco-hématologie

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTrésorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## LYMPHOMES MALINS - Item 316

### Définition

- **Prolifération MALIGNE de cellules lymphoïdes B, T ou NK d'origine EXTRA-MÉDULLAIRE**
- Phase leucémique d'un lymphome : Présence de cellules lymphomateuses dans le sang, associée à un envahissement médullaire (qui n'est pas forcément un blaste)  
→ Attention, ce n'est pas une acutisation d'un lymphome en leucémie. Ceci n'existe pas.
- Topographie :
  - **Organe lymphoïde ganglionnaire ou extra-ganglionnaire** : Rate - Sphère ORL - Tube digestif - Poumon
  - **Organe non lymphoïde**



2017-2018

#### LYMPHOME NON HODGKINIEN

1<sup>ère</sup> cause de cancer en hématologie

#### LYMPHOME HODGKINIEN

Cellules de Reed-Sternberg (LB)

### Clinique

- **Syndrome tumoral** :
  - **ADÉNOPATHIES périphériques fermes, indolores, mobiles à la palpation, non inflammatoires** & non satellites d'une porte d'entrée infectieuse ou d'une tumeur loco-régionale.
  - Splénomégalie - Hépatomégalie
  - Masse médiastinale +/- Sd. cave supérieur (œdème en pèlerine, comblement des creux sus-claviculaires et CVC)
- **Fièvre au long cours**
- **PRURIT** inexpliqué
- **Altération de l'état général - Sueurs nocturnes**

### INCIDENCE DES HÉMOPATHIES en France

- **Lymphome non Hodgkinien**
  - 12 000 /an (36%)
- **Myélome**
  - 5 000 /an (16%)
- **Leucémie lymphoïde chronique**
  - 4 500 /an (13%)
- **Lymphome Hodgkinien**
  - 1 900 /an (12%)
  - Syndrome myéloprolifératif
  - 2 000 /an (9%)
  - Leucémie aiguë lymphoïde
  - 800 /an (6%)

### Diagnostic positif

#### BIOPSIE GANGLIONNAIRE (ADÉNECTOMIE) ou extra-ganglionnaire

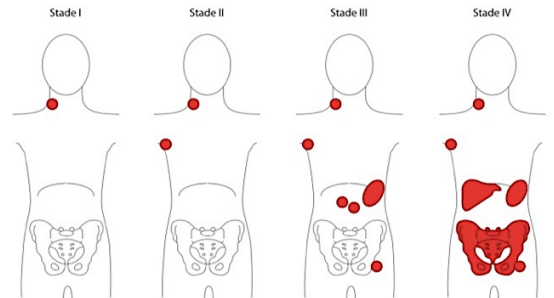
La cytoponction ne suffit pas pour faire le diagnostic

- **Examen morphologique** (cytologie & histologie) - **Immunohistochimie**
- +/- Cytogénétique (étude chromosome) - Biologie moléculaire (étude des gènes)
- Congélation d'un fragment tumoral pour études ultérieures

Toujours réaliser une sérologie VIH (avec accord du patient) devant tout diagnostic de lymphome

### CLASSIFICATION DE ANN ARBOR

Stade	Définition
I	- Une seule aire ganglionnaire (ou un site extra-ganglionnaire localisé)
II	- ≥ 2 aires ganglionnaires du même côté du diaphragme
III	- Aires ganglionnaires des 2 côtés du diaphragme
IV	- Atteinte viscérale avec ≥ 1 atteinte ganglionnaire à distance ou atteinte médullaire
A	- Absence de signes généraux
B	- Signes généraux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fièvre inexpliquée &gt; 38°C pendant &gt; 8 jours</b></li> <li>• <b>Sueurs nocturnes</b></li> <li>• <b>Amaigrissement &gt; 10% en 6 mois</b></li> </ul>
E	- Atteinte d'une seule viscère contigue d'un territoire ganglionnaire atteint
X	- « Bulky » : Masse tumorale volumineuse > 10 cm ou rapport MT ≥ 0,35
a	- Absence d'évolution biologique
b	- Présence d'un syndrome inflammatoire



- Rate = Ganglion
- Territoire ganglionnaire = Même aire de drainage (≠ classification de Binet pour LLC)  
→ Ex : atteinte bilatérale axillaire = 1 aire de Binet = 2 aires pour Ann Arbor

## LYMPHOME DE BURKITT

Lymphome développé aux dépens d'un **LYMPHOCYTE IMMATURE** et s'apparentant à une leucémie aiguë.

### LYMPHOME NON HODGKINIEN DE BURKITT

### LEUCEMIE AIGUË DE TYPE BURKITT

Ressemble à une leucémie aiguë avec syndrome tumoral

Envahissement médullaire < 20%

Envahissement médullaire > 20%

#### Forme endémique

#### Forme sporadique

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Afrique</b></li> <li>- <b>EBV</b> : &lt; 95%</li> <li>- <b>Jeune enfant</b></li> <li>- <b>Topographie</b> : <b>maxillo-faciale</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pays occidentaux</b></li> <li>- EBV : 15% - <b>VIH</b></li> <li>- <b>Enfant ou adulte jeune</b></li> <li>- <b>Topographie</b> : Masse abdominale avec risque d'occlusion (inconstant)</li> </ul> |
|---|--|

#### Diagnostic

#### Traitement

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>t(8;14)</b> ou variante <b>t(2;8)</b> et <b>t(8;22)</b></li> <li>- Réarrangement C-myc</li> <li>NB : Eviter la corticothérapie avant prélèvement histologique</li> </ul> | <p style="text-align: center;">En URGENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimio-sensible</li> <li>- <b>RISQUE DE LYSE TUMORALE</b></li> </ul> |
|--|---|

#### Complication

#### Evolution

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**LYMPHOME NON HODGKINIEN**

Définition	Epidémiologie
Prolifération maligne lymphoïde initialement extra-médullaire, touchant préférentiellement les ganglions mais pouvant toucher tous les organes	<p align="center"><b>Incidence = 12 000 nouveaux cas /an</b> (+ 3,5% /an)</p> <p align="center"><b>Prédominance masculine</b> - Age médian au diagnostic : <b>65 ans</b></p> <p>Phénotypes : <b>LNH B</b> (85%) - LNH T (15%)</p>
Facteurs de risque - Pas d'étiologie retrouvée le plus souvent	
<p><b>Agents infectieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Virus : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>VIH</b> : Lymphome non Hodgkinien agressif</li> <li><b>EBV</b> : Lymphome de Burkitt endémique (africain) et lymphome du VIH</li> <li><b>HTLV-1</b> : Leucémie/Lymphome T de l'adulte</li> <li><b>VHC</b> : Lymphome de la zone marginale</li> <li><b>HHV-8</b> : Lymphome des séreuses (VIH)</li> </ul> </li> <li>Bactérie : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hélicobacter pylori</b> : Lymphome de MALT gastrique</li> <li>+/- Campylobacter Jejuni : Lymphome de MALT du grêle</li> <li>+/- Borrelia Burgdorferi : Lymphome de MALT cutané</li> <li>+/- Chlamydia psitacci : Lymphome de MALT oculaire</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Syndrome d'hyper-éosinophilie lymphoïde</b></li> <li><b>Déficit immunitaire</b> : VIH - Immunosuppresseur - Transplantation...</li> <li><b>Pathologie associées</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Leucémie lymphoïde chronique</li> <li>Lymphome de Hodgkin</li> <li>Maladie auto-immune : Hypothyroïdie - Maladie cœliaque</li> </ul> </li> <li><b>Facteurs environnementaux suspects</b> : pesticides, dioxine...</li> </ul>

Classification OMS					
<b>Lymphome B - CD 20</b> 85%	IMMATURE	- Lymphome lymphoblastique B (LAL B)	<b>Lymphome T - CD 3</b> 15%	IMMATURE	- Lymphome lymphoblastique T (LAL T)
	MATURE	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Diffus à grande cellules</b> (agressif)</li> <li><b>Folliculaire</b> <b>t(14;18) = Bcl-2</b> réarrangé / IgH</li> <li>Zone marginale &amp; MALT</li> <li><b>Manteau</b> <b>t(11;14) = Cycline D1</b> réarrangé</li> <li>Lymphocytaire (LLC)</li> <li><b>L. de Burkitt</b> <b>t(8;14)-t(2;8)-t(8;22) = C-myc</b> modifié</li> <li>Lymphoplasmocytaire</li> <li>Maladie de Waldenström</li> </ul>		MATURE	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formes leucémiques</b> : Polylmphocytaire T - Cellules à grains - Cellules NK - LT (HLTV-1)</li> <li><b>Forme ganglionnaire</b> : Périphérique - Angio-immunoblastique - Anaplasique à grandes cellules</li> <li><b>Formes extra-ganglionnaires</b> : Mycosis fongoïde (Sézary) - Anaplasique cutanée primitif - LT sous-cutané de type panniculite - Lymphome T/NK extra-nodal de type nasal - LT avec entéropathie ou hépto-splénique</li> </ul>

Agressivité	
<b>INDOLENT</b>	- <b>Lymphome folliculaire</b> - Lymphome de la zone marginale - Lymphome lymphocytaire - Lymphome lymphoplasmocytaire
<b>INTERMÉDIAIRE</b>	- Lymphome du manteau
<b>AGRESSIF</b>	- <b>Lymphome B diffus à grandes cellules</b> - <b>Tous les lymphomes T</b> → Exception : Mycosis fongoïde/Syndrome de Sézary - Lymphome anaplasique cutanée primitif
<b>TRÈS AGRESSIF</b>	- Lymphome de Burkitt

Examens complémentaires	
<b>BILAN DIAGNOSTIQUE</b>	- <b>Ponction ganglionnaire</b> = Ne suffit pas pour le diagnostic - <b>BIOPSIE GANGLIONNAIRE</b> : Anatomopathologie - Immuno-histochimie (précise le sous-type histologique)
<b>BILAN ÉTIOLOGIQUE</b>	- <b>Sérologie VIH</b> (après accord du patient) - <b>Sérologie EBV - VHC - HTLV-1 - HHV-8 - Hélicobacter pylori</b>
<b>BILAN D'EXTENSION</b>	- <b>Radiographie de thorax</b> (face + profil) : +/- masse tumorale médiastinale volumineuse (rapport M/T <sub>T5-T6</sub> ≥ 0,35) - <b>TDM corps entier</b> (cervico-thoraco-abdomino-pelvien) - <b>TEP-FDG</b> (imagerie fonctionnelle) radio-marquage des cellules à métabolisme élevé - <b>BIOPSIE OSTÉO-MÉDULLAIRE</b> (tend à disparaître au profit du PET-FDG) : Recherche d'envahissement médullaire - <b>PONCTION LOMBAIRE</b> : Lymphome non Hodgkinien <b>AGRESSIF</b>
<b>BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE</b>	- Cf. Lymphome de Hodgkin

	FLIPI INDOLENT	IPI AGRESSIF
<b>PRONOSTIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age &gt; 60 ans</li> <li>Stade III ou IV</li> <li>Hb &lt; 12 g/dL</li> <li>Nombres d'aires ganglionnaires &gt; 4</li> <li>LDH ↑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age &gt; 60 ans</li> <li>Stade III ou IV</li> <li>Site extra-ganglionnaire &gt; 1</li> <li>LDH ↑</li> <li>Perfomans status ECOG ≥ 2</li> </ul>
<b>ÉVOLUTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolution : Lente sur plusieurs mois - Etat général conservé</li> <li><b>Guérison EXCEPTIONNELLE - Survie médiane = 10 ans</b></li> <li><b>Complications</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechutes constantes (rapprochées)</li> <li><b>Transformation en lymphome agressif : 3% /an</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolution rapide en quelques semaines - Signes généraux fréquents</li> <li><b>Guérison : 50%</b></li> <li><b>Complications</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Envahissement neuro-méningé - Testiculaire - Sein - Surrénale - ORL : Cavum &amp; Orbite - Rein</b></li> <li><b>Syndrome de lyse tumorale</b> sous traitement</li> </ul> </li> </ul>
<b>TRAITEMENT</b> Mesure associée identique au lymphome de Hodgkin  +/- Inclusion dans un protocole de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>PAS TOUJOURS NECESSAIRE D'EMBLÉE</li> <li>Abstention-surveillance si faible masse tumorale</li> <li>Forte masse tumorale : Rituximab-CHOP</li> <li><b>Chimiothérapie : CHOP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cyclophosphamide = Endoxan® → Alkylant</li> <li>(H)Adriamycine = Doxorubicine® → Anthracycline</li> <li>Vincristine = Oncovin® → Poison du fuseau</li> <li>Prednisonne = Cortancyl®</li> </ul> </li> <li><b>Rituximab</b> : Ac anti-CD20 → Anticorps monoclonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>TOUJOURS NÉCESSAIRE D'EMBLÉE</b></li> <li><b>1<sup>ère</sup> intention = Rituximab-CHOP</b></li> <li>2<sup>ème</sup> ligne = Rituximab-Chimio. (ICE-DHAP) + Auto-greffe si &lt; 65 ans</li> <li><b>Ponction lombaire prophylactique</b> +/- injection intra-thécale MTX</li> <li>+/- Allo-greffe de cellules souches périphériques (très rare)</li> </ul>
	<b>HÉMATO-ONCOLOGIE - PONCTION LOMBAIRE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>LAL</b> (B ou T)</li> <li>- <b>LAM</b> : avec signes neurologiques + blastose &gt; 100 G/L</li> <li>- <b>LNH de haut grade</b> (IPI élevé)</li> <li>- Atteinte ORL - Testiculaire - Cérébrale - Ovaire - Surrénale</li> </ul>	

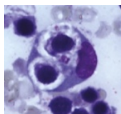
Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## LYMPHOME DE HODGKIN

Définition		Epidémiologie	
Prolifération maligne de lymphoïde caractérisée par la présence de <b>cellules Reed-Sternberg (LB)</b> au sein d'un infiltrat lymphocytaire polymorphe variable 		<b>Incidence</b> = 2,4 / 100 000 habitants (en diminution) = <b>1 900 nouveaux cas /an</b> <b>Prédominance masculine</b> (55%) - Pics d'incidence (x 2) : Sujet jeune : <b>25 ans</b> - Sujet âgé > 70 ans <b>Facteurs de risque - Pas d'étiologie retrouvée</b> - Association à <b>EBV</b> (facteurs favorisant possible non prouvé) = 40% - Infection à <b>VIH</b> (moindre que LNH) - <b>Prédisposition génétique</b>	
Mode d'extension			
- Initial : <b>Atteinte ganglionnaire SUS-DIAPHRAGMATIQUE</b> - Dissémination <b>lymphatique</b> aux territoires ganglionnaires adjacents - Dissémination <b>hématogène</b> possible secondairement		→ Stade de la maladie au diagnostic : • <b>Stade localisé</b> (I ou II) : 2/3 (sus-diaphragmatique) • <b>Stade avancé</b> (III ou IV) : 1/3	
Clinique			
MODE DE DÉCOUVERTE	- <b>Adénopathies périphériques</b> (80%) : <b>sus-diaphragmatiques</b> cervicales ou sus-claviculaires - <b>Adénopathies médiastinales</b> (10%) +/- signes de compression (LH > LNH) → <b>Douleurs au niveau du ganglion à l'ingestion d'alcool</b> - <b>Signes généraux</b> (15%) : AEG - Fièvre - Sueurs nocturnes - Prurit		
EXAMEN CLINIQUE	- Syndrome tumoral : <b>Adénopathies périphériques - SMG - HMG</b> - Examen ORL : <b>ANNEAU DE WALDEYER</b> (tissu lymphoïde incomplètement encapsulé) • Amygdales palatines - Végétations adénoïdes - Amygdales linguales - Amygdales tubaires - Rechercher de <b>signes généraux</b> : « B » = <b>Facteurs pronostiques</b> • <b>Fièvre &gt; 38°C inexpliquée &gt; 8J</b> - <b>Sueurs nocturnes</b> - <b>Maigrissement</b> : > 10% du poids en 6 mois		
Examens complémentaires			
BILAN DIAGNOSTIQUE	- <b>Ponction ganglionnaire</b> = Ne suffit pas pour le diagnostic • <b>Cellule de Reed-Sternberg</b> : Originaire du centre germinatif des ganglions lymphatiques (de nature « B », avec marqueur de surface perdu) : <b>Grande cellule avec noyau multi-lobé - Volumineux et multiples nucléoles - Cytoplasme abondant et clair</b> - <b>BIOPSIE GANGLIONNAIRE</b> : Anatomopathologie - Immuno-histochimie : Reed-Sternberg - Fibrose - Granulome inflammatoire		
	CLASSIFICATION	LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE (95%)	LYMPHOME DE HODGKIN à prédominance LYMPHOCYTAIRE NODULAIRE
	Anatomopathologie	- <b>Scléronodulaire</b> : 70% - <b>Cellularité mixte</b> : 20-25% - <b>Prédominance lymphocytaire</b> : 5% - <b>Déplétion lymphocytaire</b> : < 5%	Paragranulome de Poppema et Lennert : 5% = <b>Lymphome « B » indolent</b> Aspect en « pop-corn » des cellules tumorales
	CD 15	+	-
	CD 30	+	-
	EMA	-	+/-
Marqueurs B : CD 20	-	+	
BILAN ÉTIOLOGIQUE	- <b>Sérologie VIH</b> (après accord du patient)		
BILAN D'EXTENSION	- <b>Radiographie de thorax</b> (face + profil) : +/- masse tumorale médiastinale volumineuse (rapport M/T <sub>5-6</sub> ≥ 0,35) - <b>TDM corps entier</b> (cervico-thoraco-abdomino-pelvien) - <b>TEP-FDG</b> (imagerie fonctionnelle) radio-marquage des cellules à métabolisme élevé • Examen à jeun - 18-Fluorodésoxyglucose : Faiblement radioactif • Non contre-indiqué si insuffisance rénale ou allergie à l'iode		Ø Ponction lombaire La BOM ne se pratique plus
BILAN PRE-THÉRAPEUTIQUE	- <b>NFS</b> : Anémie inflammatoire - Hyperleucocytose à PNN - Hyper-EO - Lymphopénie - Thrombocytose inflammatoire - <b>VS</b> (valeur pronostique) & <b>CRP</b> - <b>Ionogramme sanguin</b> - <b>BHC</b> - <b>LDH</b> - <b>Albuminémie</b> - <b>EPP</b> : Hyper- ou hypogammaglobulinémie - <b>Bilan d'hémostase</b> - <b>Bilan pré-transfusionnel</b> - <b>Sérologie VHB</b> - <b>VHC</b> - <b>HTLV</b> - <b>Syphilis</b> (avant CECOS) - <b>Echographie cardiaque</b> (avant traitement par anthracycline) - <b>EFR + DLCO</b> (avant traitement par bléomycine)		
Facteurs de mauvais pronostic		Évolution	
STADE I & II	- <b>Age &gt; 50 ans</b> - <b>VS &gt; 50mm à la 1<sup>ère</sup> heure</b> (ou > 30mm si « B ») - <b>Masse médiastinale &gt; 10 cm</b> ou <b>index MT &gt; 0,35</b>	- <b>Évolution à court terme « tout stade confondu » : 90% de guérison</b> - <b>Complications tardives</b> • <b>Non maligne</b> : 🚩 <b>Cœur</b> (RT > Anthracycline) : Coronaropathie - Péricardite - Cardiopathie 🚩 <b>Hypothyroïdie - Hypofertilité +/- stérilité</b> (alkylants) 🚩 <b>Fibrose pulmonaire</b> (bléomycine + RT) 🚩 <b>Infections - Caries dentaires - Syndrome d'activation macrophagique</b> • <b>Maligne</b> : 🚩 <b>Myélodysplasie - Leucémie aiguë - Lymphome malin non Hodgkiniens</b> → <b>Secondaire aux traitements</b> 🚩 <b>Tumeurs solides</b> : sein, poumon, thyroïde..	
STADE III & IV	- <b>Age ≥ 45 ans - Sexe masculin</b> - <b>Stade IV &gt; III</b> - <b>Hypo-albuminémie &lt; 40 g/L</b> - <b>Anémie : Hb &lt; 10,5 g/Dl</b> - <b>Hyperleucocytose &gt; 15 G/L</b> - <b>Lymphopénie &lt; 0,6 G/L</b> ou < 8%		
Traitement			
- <b>ALD 100% - CECOS/Contraception - Arrêt du tabac</b> - Pose de <b>dispositif IV</b> - Anti-émétique - Bains de bouche - Prothèse capillaire - Soutien psychologique - Si transfusion : CGR phénotype Rh-Kell			
STADE LOCALISÉ (I & II)	- <b>Chimiothérapie : 3 ou 4 cycles d'ABVD</b> : • <b>Adriamycine</b> (Doxorubicine) → Anthracycline : Toxicité cœur • <b>Bléomycine</b> : PNP interstitielle puis fibrose pulmonaire • <b>Vinblastine</b> : Inhibiteur de la polymérisation du fuseau : Neuropathie • <b>Dacarbazine</b> (Alkylant) - <b>Radiothérapie 30 Gy</b>	Suivi	
STADE DISSÉMINÉ (III & IV)	- <b>Chimiothérapie</b> : 6 cures de BEACOPP escaladé ou 8 cycles d'ABVD - <b>Brentuximab vedotin</b> : Ac anti-CD30 + poison du fuseau (MMAE)	- Biologie : NFS - <b>TEP-TDM</b> - <b>TDM TAP</b>	

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |


| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |











# Hépatogastro-entérologie

1. Hépatites virales
2. Douleurs abdominales et lombaires aiguës
3. Reflux gastro-œsophagien
4. Ulcère gastroduodénal
5. Dysphagie
6. Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte
7. Hépatomégalie
8. Lithiase biliaire et complications
9. Ictère
10. Cirrhose
11. Ascite
12. Pancréatite chronique
13. Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
14. Constipation
15. Colopathie fonctionnelle
16. Diarrhée chronique
17. Diarrhée aiguë et déshydratation
18. Diverticulose colique et ses complications
19. Pathologie hémorroïdaire
20. Hernie pariétale
21. Tumeurs du côlon et du rectum
22. Tumeurs de l'estomac
23. Tumeurs du foie
24. Tumeurs de l'œsophage
25. Tumeurs du pancréas
26. Traumatisme abdominal
27. Syndrome occlusif
28. Hémorragie digestive
29. Appendicite
30. Péritonite aiguë
31. Pancréatite aiguë

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTrésorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



PANCRÉATITE CHRONIQUE - Item 278

Définition		Epidémiologie
<p>= <b>Inflammation chronique du pancréas aboutissant à une fibrose progressive du parenchyme</b> puis destruction +/- complète de la glande pancréatique</p> <p>Affecte d'abord le <b>tissu exocrine puis le tissu endocrine</b></p> <p>- Au stade initial, la maladie est caractérisée par des poussées de pancréatite aiguë, et par des douleurs chroniques qui représentent la principale traduction clinique de la maladie.</p>		<p><b>Prévalence = 25 / 100 000 habitants</b></p> <p><b>Prédominance masculine</b> : 8H/2F</p> <p>Âge moyen au 1<sup>er</sup> symptôme = <b>40 ans</b></p>
Etiologies		
<p><b>ALCOOL</b> 70 à 85%</p> <p>- &gt; <b>100-150 g/J d'OH pur x 10-15 ans</b></p> <p>- &lt; 5% des consommateurs excessifs vont développer une pancréatite chronique</p>	<p><b>HYPERCALCÉMIE</b> &gt; 3 mmol/L</p> <p>- 1<sup>ère</sup> cause d'hyperCa<sup>2+</sup> = <b>HyperPTH</b> : &lt; 1% des pancréatites chroniques</p> <p>- La pancréatite chronique complique jusqu'à 7% des hyperPTH</p>	<p><b>TABAC</b></p> <p><b>Facteurs de risque présents &gt; 80%</b></p>
<p><b>GÉNÉTIQUE</b></p> <p>- Pancréatite chronique AD (âge de début = 15 ans) : <b>Mutation du site catalytique de la trypsine</b></p> <p>- Mutation du gène d'un inhibiteur de la trypsine : <b>SPINK1</b></p> <p>- <b>Mucoviscidose (AR)</b> : Mutation du gène <b>CFTR</b></p>	<p>« <b>L'ASTUCE du PU</b> »</p> <p>La maladie biliaire lithiasique n'est pas une étiologie de pancréatite chronique.</p>	
<p><b>AUTO-IMMUNE</b></p> <p>- Rare : +/- Associée à d'autres affections auto-immunes (MICI...) : présentation pseudo-tumorale</p>	<p><b>OBSTRUCTIVE</b></p> <p>- <b>Tumorale - Post-traumatique - Sténose du canal de Wirsung - Séquelle de pancréatite aiguë - Anomalie des canaux pancréatiques</b></p>	
<p><b>IDIOPATHIQUE</b></p> <p>- <b>10%</b> : Absence de cause retrouvée.</p>		
Clinique		
<p><b>DOULEURS</b></p>	<p>- <b>Douleur épigastrique transfixiante, déclenchée par l'alimentation ou la prise d'alcool</b> (poussée de PA - pseudo-kyste - sténose digestive...)</p> <p>« <b>L'ASTUCE du PU</b> » : La douleur est parfois appelée « <b>colique pancréatique</b> » (mise en tension brutale du conduit pancréatique), à l'instar de la « colique hépatique » ou de la « colique salivaire » (lithiasie salivaire).</p> <p>Elle explique la « <b>PEUR ALIMENTAIRE</b> » → Elle peut entraîner l'usage d'antalgique morphinique.</p> <p>- +/- <b>Amaigrissement</b> secondaire à une appréhension de la prise alimentaire associée à la dénutrition liée à l'exogénose chronique</p> <p>- Profil de la douleur : Douleur aiguë pendant quelques jours/semaines - Douleurs fluctuantes durant plusieurs mois - Douleurs permanentes</p> <p>- <b>Diarrhée par malabsorption</b></p> <p>NB : <i>Après 10-20 ans d'évolution, la douleur disparaît en même temps qu'apparaissent les complications</i></p>	
<p><b>PANCRÉATITE AIGUË</b></p>	<p>→ <b>Forme fréquente de révélation</b> : Probabilité de survenue d'une PA = 40 à 50% dans les 5 premières années d'évolution d'une PC</p>	
Examens complémentaires		
<p><b>BIOLOGIES</b></p>	<p>- Poussée de pancréatite aiguë : <b>Lipasémie augmentée</b> - Surveillance : <b>GGT - PAL - GAJ - HbA1c</b></p> <p>- <b>CA 19.9</b> : Possiblement modérément élevé (&lt; 300)</p>	<p>Le diagnostic histologique n'est pas obligatoire <b>sauf si tumeur</b></p>
<p><b>IMAGERIES</b></p>	<p><b>TDM +/- injecté</b> Examen de référence</p> <p>- <b>Sans injection</b> : <b>Calcifications multiples intra-pancréatique</b></p> <p>= <b>Calculs canaux</b> : Blancs - Spiculés - Durs → <b>Aggravation de l'obstruction</b></p> <p>- <b>Anomalie canalaire typique</b> : <b>Alternance sténoses &amp; dilatations</b></p> <p>- +/- Présence de complications et élimination des diagnostics différentiels</p>	
	<p><b>CPRM</b></p> <p>- <b>Cholangio-pancréatographie par résonance magnétique (IRM)</b> : Cartographie biliaire + pancréatique</p>	
	<p><b>Echographie</b></p> <p>- Anomalie parenchymateuse, calcifications, pseudo-kyste...</p> <p><b>Echo-endoscopie</b></p> <p>- Suspicion de PC débutante : Anomalie parenchymateuse et canaux pancréatiques</p> <p>- Traitement pour dériver les pseudo-kystes</p>	
Évolution		
<p>&lt; 5 ans</p> <p>Douleurs chroniques (80%) émaillées par des poussées de pancréatite aiguë</p> <p>Pseudo-kystes</p> <p>Compression des voies biliaires principales</p> <p>5 à 10 ans</p> <p>Pseudo-kystes</p> <p>Compression des voies biliaires principales</p> <p>Fibrose - calcification du pancréas = <b>Disparition des douleurs</b></p> <p>&gt; 15 ans</p> <p>Insuffisance pancréatique exocrine</p> <p>Insuffisance pancréatique endocrine</p>		
<p>Après 15-20 ans d'évolution d'une pancréatite chronique alcoolique la surmortalité = 30 à 35%</p> <p>Mortalité directement imputable à la PC = 1/3 - <b>1<sup>ère</sup> cause de mortalité</b> = <b>Cancers et affections cardio-vasculaires liés à l'intoxication OH-tabac.</b></p>		
Complications		
<p><b>PSEUDO-KYSTES</b> 20 à 30%</p>	<p>- <b>Collection liquidienne</b> : suc pancréatique pur et clair ou de la nécrose pancréatique liquéfiée</p> <p>- Biologie : <b>Absence d'élévation de la lipase</b></p> <p>- Examen complémentaire : <b>TDM abdominal sans et avec injection à 6 semaines</b></p> <p>- Évolution : <b>Régression - Complications</b> : Infection - Compression (ictère - HTP) - Hémorragie - Rupture → Ne se transforme pas en cancer.</p>	
<p><b>COMPLICATIONS HÉPATO-BILIAIRES</b></p>	<p>- <b>Compression de la voie biliaire intra-pancréatique</b> par de la fibrose, inflammation ou pseudo-kyste</p> <p>- <b>Sténose de la voie biliaire principale</b> : <b>Cholestase anictérique</b> (rarement : ictère +/- prurit)</p> <p>- <b>Ascite pancréatique</b> : Rupture d'un pseudo-kyste - Rupture directe du canal pancréatique (rare)</p>	
<p><b>COMPRESSION DUODÉNALE</b></p>	<p>- Mécanisme : Fibrose, inflammation ou pseudo-kyste</p>	
<p><b>HÉMORRAGIE DIGESTIVE</b> 10%</p>	<p>- <b>Wirsungorragie</b> secondaire à une érosion vasculaire</p> <p>- <b>Rupture d'un pseudo-kyste ou rupture d'un pseudo-anévrisme</b></p> <p>- <b>Hypertension portale</b> (10% des patients) segmentaire due à une compression veineuse (sténose ou occlusion)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hypertension portale pré-hépatique</b> : Veine mésentérique supérieure &amp; Veine porte → <b>Cavernome autour de la tête du pancréas</b></li> <li>• <b>Hypertension portale segmentaire splénique</b> : Veine splénique → <b>Risque de rupture de varices cardio-tubérositaires ou oesophagiennes et risque de rupture splénique</b></li> </ul>	
<p><b>INSUFFISANCE</b></p>	<p>→ Survenue après 10 ans d'évolution dans les formes évoluées : <b>Destruction &gt; 90% du tissu exocrine</b></p> <p>- <b>Stéatorrhée</b> : Débit fécal de graisse &gt; 7 g/J pour un régime apportant 100 g de graisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Selles claires, mastic, nauséabondes, flottantes, tachant le papier hygiénique comme un corps gras</b></li> <li>• Échantillon de selle : <b>Élastase fécale effondrée</b></li> </ul>	

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





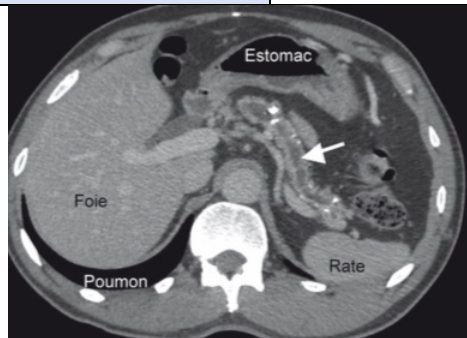
<b>DIABÈTE</b>	→ <b>Insuffisance pancréatique ENDOCRINE</b> : Non-insulinodépendant puis insulino-dépendant (1/3 après 15 ans d'évolution) - Hormones normalement sécrétées par le pancréas : Insuline (cellule bêta) - Glucagon (cellule alpha) - Trypsinogène (cellule acineuse)
<b>CALCIFICATIONS</b>	- Insuffisance pancréatique endocrine & exocrine et calcifications apparaissent parallèlement
<b>DÉGÉNÉRESCENCE</b>	- <b>Adénocarcinome pancréatique</b> : RR < 5% → Diagnostic difficile : Les tumeurs s'accompagnent souvent d'une pancréatite chronique d'amont et certaines peuvent prendre un aspect nodulaire.
<b>Complications de l'alcoololo-tabagisme</b>	
<b>CANCERS</b>	- ORL - pulmonaire - œsophage
<b>ARTÈRES</b>	- HTA et insuffisance coronaire
<b>HÉPATOPATHIE</b>	- Hépatite alcoolique aiguë (ictère) avec risque de cirrhose alcoolique (15%)

#### Traitement

#### SEVRAGE ALCOOLO-TABAGIQUE

Le sevrage alcoolique n'a pas démontré son efficacité sur la prévention des douleurs, ni sur la régression des lésions histologiques

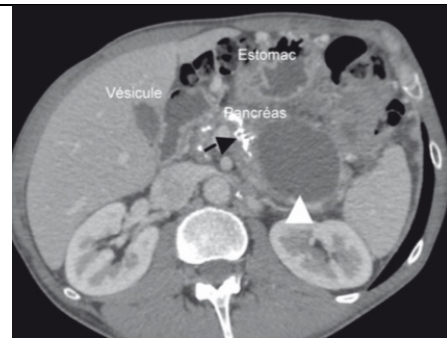
<b>DOULEURS</b>	- Antalgique, anti-inflammatoire, pré-gabaline... - Déviation chirurgicale du canal pancréatique principal si $\varnothing > 5$ mm - Sphinctérotomie endoscopique +/- prothèse pancréatique
<b>INSUFFISANCE PANCRÉATIQUE EXOCRINE</b>	- <b>Extrait pancréatique (porc)</b> si amaigrissement ou stéatose cliniquement évidente <ul style="list-style-type: none"> <li>• En début/milieu de repas mais non à jeun</li> <li>• 25 000 UI de lipase /repas → Posologie adaptée à la charge calorique des repas.</li> </ul>
<b>INSUFFISANCE PANCRÉATIQUE ENDOCRINE</b>	- Prise en charge des troubles de la glyco-régulation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cf. prise en charge du diabète</li> </ul>
<b>TRAITEMENT DES COMPLICATIONS</b>	- <b>Pseudo-kyste</b> : +/- Geste pancréatique +/- Geste digestif +/- Geste biliaire <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drainage endoscopique (AG), par voie trans-papillaire ou trans-gastrique : Kysto-gastrostomie - Kysto-duodénostomie</li> <li>• Drainage chirurgicale (AG) : Kysto-jéjunostomie</li> </ul> - <b>Sténose biliaire</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dérivation chirurgicale cholédoco-duodénale ou jéjunale</li> <li>• Prothèse canalaire par sphinctérotomie endoscopique</li> <li>• Lithotritie</li> </ul>



Scanner au temps portal :  
Pancréatite chronique calcifiante



Scanner au temps portal :  
Pancréatite chronique calcifiante



TDM injecté :  
Pancréas atrophique avec calcification et pseudokyste

#### « L'ASTUCE du PU » - PSEUDO-KYSTE vs. PANCRÉATITE AIGUË & CHRONIQUE

<b>PANCRÉATITE AIGUË</b>	- Le pseudo-kyste de la pancréatite aiguë est une <b>ÉVOLUTION de la NÉCROSE</b>
<b>PANCRÉATITE CHRONIQUE</b>	- Le pseudo-kyste est une des <b>évolutions/complications de la pancréatite chronique, communiquant avec le système canalaire</b> → Responsable de <b>STÉNOSE DIGESTIVE</b> par fibrose du canal pancréatique ou compression du canal pancréatique par le pseudo-kyste : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INDOLORE</b></li> <li>• Intolérance digestive</li> <li>• Vomissements</li> </ul>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |


| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |










# Maladie infectieuse

1. Évènements indésirables associés aux soins
  2. Surveillance des maladies infectieuses transmissibles
  3. Vaccination
  4. Fièvre aiguë chez l'adulte
  5. Fièvre aiguë chez l'enfant
  6. Méningites et méningo-encéphalites
  7. Septicémie chez l'adulte
  8. Septicémie chez l'enfant
  9. Tétanos
  10. Coqueluche
  11. Oreillons
  12. Grippe
  13. VIH
  14. Paludisme
  15. Parasitoses
  16. Zoonoses chez l'adulte
  17. Pathologies infectieuses chez les adultes migrants
  18. Pathologies infectieuses chez les enfants migrants
  19. Voyage en pays tropical
  20. Diarrhées infectieuses chez l'enfant
  21. Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte
  22. Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'enfant
  23. Risques émergents et bioterrorisme
  24. Fièvre chez l'immunodéprimé
  25. Surveillance et complications des abords veineux
  26. Diarrhée aiguë et déshydratation chez l'enfant
  27. Exposition accidentelle aux liquides biologiques
- BONUS
28. Cytochromes
  29. Durée des anti-infectieux

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

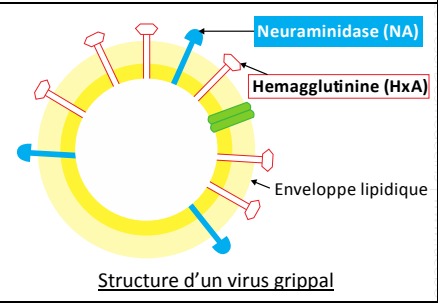
| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



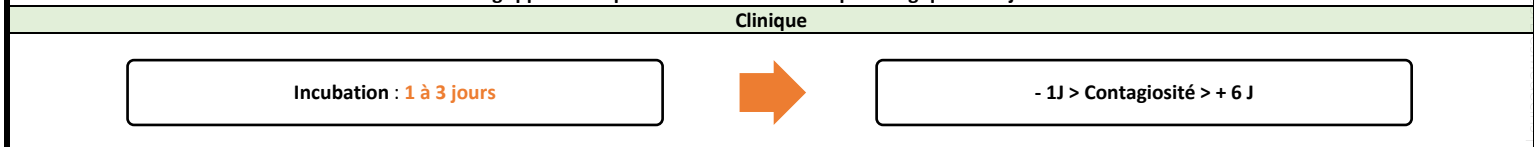
GRIPPE - Item 162

Virologie	Epidémiologie
<ul style="list-style-type: none"> <li>Famille Orthomyxoviridae : <b>Myxovirus influenzae</b></li> <li>Type en fonction des glycoprotéines de l'enveloppe : <b>A - B - C</b></li> <li><b>Hémagglutinine (HA)</b> ou <b>Neuraminidase (NA)</b></li> <li><b>Génome viral segmenté</b> = 8 brins indépendants d'<b>ARN simple brin</b> → Encodage de 10 à 11 protéines</li> <li><b>Réservoir naturel Influenza A</b> : <b>Oiseaux</b></li> <li><b>Absence d'immunité croisée inter-types</b></li> <li><b>Intra-cellulaire</b> : Multiplication dans les cellules épithéliales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Transmission</b> strictement <b>INTER-HUMAINE</b> : (familiale &amp; collectivités)</li> <li><b>Directe</b> par voie aérienne via les <b>gouttelettes</b> (distance ≤ 1 mètre)</li> <li>Indirecte croisée par <b>manu-portage</b></li> <li>Taux d'attaque élevé en cas de contacts proches et répétés.</li> <li><b>Mode de circulation de la maladie</b> :</li> <li><b>Endémo-épidémique saisonnière (novembre - février)</b> : 10% de la pop. mondiale → 5% adultes - 20% enfants</li> <li><b>Pandémique</b> : ≥ 30% de la pop. mondiale</li> </ul>

Epidémie vs. Pandémie
<p>→ La proportion de sujet peu ou non immuns permettant la propagation du virus au sein de la population détermine l'ampleur des épidémies.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Virus grippaux : <b>Grande plasticité génétique</b> (<b>ARN polymérase virale</b> codant, effectuant beaucoup d'erreurs d'incorporation) au sein des réservoirs hôtes mammifères (hommes, oiseaux, porcs)</li> <li><b>Modifications génotypiques</b> déterminant une <b>modification +/- importante de l'hémagglutinine</b></li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>GLISSEMENTS antigéniques</b> : <b>Mutations ponctuelles</b> aléatoires responsables d'un ou de plusieurs changements de composition de l'hémagglutinine → <b>Épidémies saisonnières</b> accessibles par la vaccination</li> <li><b>Réassortiments antigéniques = CASSURES</b> : <b>Mutations complètes</b> de certains segments génétiques viraux</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Co-infection avec 2 souches</b> au sein d'un réservoir hôte « incubateur », aboutissant à la production d'une hémagglutinine nouvelle → <b>Pandémie</b></li> </ul>



Physiopathologie
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Fixation du virus</b> au niveau des cellules épithéliales respiratoires grâce à l'<b>hémagglutinine (HA)</b> → Pénétration intra-cellulaire</li> <li>La <b>neuraminidase (NA)</b> permet la libération, et donc la <b>dissémination des nouveaux virions</b></li> <li><b>Lésions</b> : <b>Nécrose cellulaire</b> (cellules ciliées &amp; productrices de mucus) - <b>Réaction inflammatoire sous-muqueuse</b> avec exposition de la matrice extra-cellulaire</li> <li><b>+/- Surinfection bactérienne</b> : Fixation et multiplication sur la MEC de bactéries commensales des VAS ou d'entérobactéries</li> <li><b>Pneumocoque - Staphylocoque aureus - Haemophilus influenzae - E. Coli - Klebsiella Pneumoniae</b></li> </ul> <p><b>La grippe décompense facilement un état pathologique sous-jacent !</b></p>



<b>PHASE 1 : Phase d'invasion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Début brutal</b> (Malaise général fébrile) : <b>Frissons - Fièvre élevée - Myalgies - Céphalées</b></li> </ul>
<b>PHASE 2 : Phase d'état</b> < 1 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Fièvre élevée</b> (39-40°C) : <b>Frissons - Asthénie - Anorexie - Abattement</b></li> <li><b>Syndrome fonctionnel respiratoire</b> : <b>Congestion nasale - Rhinorrhée - Douleurs pharyngo-laryngées - Dysphagie - Dysphonie - toux sèche et douloureuse (bronchite).</b></li> <li><b>Syndrome algique diffus</b> : <b>Céphalées frontales et rétro-orbitaires - Arthromyalgies - Lombalgies - Courbatures</b></li> <li><b>Signes physiques</b> : <b>Énanthème pharyngé - Râles sous-crépitants</b></li> </ul>
<b>PHASE 3 : Guérison</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asthénie et toux résiduelles sur plusieurs semaines</li> </ul>

Complications	
Respiratoires	Extra-respiratoires
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Surinfection bactérienne</b> facilitée par les lésions épithéliales :</li> <li><b>Otite moyenne aiguë</b></li> <li><b>Sinusite aiguë</b></li> <li><b>Pneumonie secondaire post-influenzae</b> (les sujets âgés) : Grippe de type <b>A</b></li> <li><b>+ J5 à J7</b> de la phase d'état, souvent après une amélioration initiale des symptômes grippaux</li> <li><b>Toux muco-purulente ou hémoptoïque - Dyspnée - Douleurs thoracique</b></li> <li><b>Récurrences fébriles</b></li> <li>Traitement : <b>AUGMENTIN</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Myocardite - Péricardite</b></li> <li><b>Encéphalite</b></li> <li><b>Trouble digestif (diarrhée) avec déshydratation - Pancréatite aiguë nécrosante</b></li> <li><b>Rhabdomyolyse</b></li> <li><b>Syndrome de Reye = Encéphalite aiguë + Hépatite aiguë fulminante</b></li> <li>Grippe de type <b>B</b> traitée par Aspirine chez l'enfant</li> <li>Mortalité = 50%</li> <li><b>Syndrome hémolytique et urémique atypique</b> (Grippe H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)</li> </ul>

Terrains à risque de grippe grave et/ou de complications	Grippe maligne primaire
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Grossesse</b> :</li> <li>Risque maternel : Défaillance cardio-respiratoire</li> <li>Risque fœtal : FCS - Prématurité - Malformation congénitale neurologique</li> <li><b>Nourrisson &lt; 6 mois</b></li> <li><b>Immunodépression - Sujet âgé</b></li> <li><b>Insuffisance cardiaque - respiratoire ou rénale - Diabète - Obésité</b></li> </ul>	<p>Ne pas confondre avec une surinfection respiratoire</p> <p><b>Rare &amp; grave :</b></p> <p><b>Pneumopathie alvéolo-interstitielle hypoxémiant rapidement évolutive vers un SDRA</b></p>

**Examens complémentaires**

**AUCUN EXAMEN COMPLÉMENTAIRE EST NÉCESSAIRE POUR LE DIAGNOSTIC D'UNE GRIPPE NON COMPLIQUÉE.**

Indications
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Patient hospitalisé et complication(s) respiratoire(s) ou extra-respiratoire(s)</b></li> <li>Visée épidémiologique : réseaux de médecins sentinelles</li> <li><b>Femme enceinte</b></li> </ul>

- PCR influenzae** sur écouvillonnage naso-pharyngé **PROFOND** (technique adaptée) ou prélèvements respiratoires profonds (ne pas faire un prélèvement de gorge)
- Alternative : **Test rapide = Détection directe d'antigènes viraux par test de diagnostic rapide (ELISA ou immunofluorescence)**
- Sérologie sans intérêt**

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Traitement	
Critères d'hospitalisation	Particularité de la prise en charge de la pandémie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grippe maligne ou grippe avec signe de gravité</li> <li>- Grippe avec <b>pneumonie secondaire post-influenzae</b></li> <li>- Grippe avec <b>complications extra-respiratoires</b> significatives : myocardite, péricardite et méningo-encéphalite</li> <li>- Grippe avec <b>décompensation d'une maladie sous-jacente</b></li> <li>- Grippe sur « <b>terrain fragile</b> » à haut risque de grippe grave et/ou de complications : sujet âgé - grossesse - immunodépression - nourrisson</li> <li>- <b>Pandémie grave et/ou compliquée</b></li> </ul>	<p>Mesure institutionnelle de plan blanc décidé par les autorités sanitaires en fonction de la situation.</p> <p><b>Appliquer les mesures de confinement/isolément et d'hygiène au domicile.</b></p> <p>Si surinfection bactérienne : <b>AUGMENTIN x 7 jours</b></p>

### INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE (INA)

Indications	
<b>CURATIF</b> chez les patients SYMPTOMATIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet &gt; 1 an à risque de complications</li> <li>- Grippe grave d'emblée</li> <li>- Grippe requérant une hospitalisation</li> </ul>
<b>CURATIF PRÉVENTIF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Contact étroit avéré sans symptôme mais à haut risque de complications</li> <li>- Patient avec comorbidité(s)</li> <li>- Immunodépression</li> </ul>
<b>PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet &gt; 1 an à risque de complications</li> <li>- Collectivités de personnes à risque</li> </ul>

OSETAMIVIR	ZANAMIVIR
<p><b>Voie orale</b></p> <p>Curatif (&lt; 48h) : <b>5 jours</b></p> <p>Prophylaxie : 10 jours</p> <p>Effets secondaires : <b>Hypersensibilité - Troubles digestifs</b></p>	<p><b>Voie inhalée</b></p> <p>Curatif (&lt; 48h) : <b>5 jours</b></p> <p>Prophylaxie : 10 jours</p> <p>Effet secondaire : <b>Bronchospasme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réduction de la durée (1 jour) et de l'intensité des symptômes - Baisse l'excrétion et la transmission du virus</b></li> <li>- <b>Réduction du risque d'hospitalisation</b> chez les patients à haut risque de complications</li> <li>- Prophylaxie sur la survenue de la grippe chez les contacts, <u>démontrée uniquement chez les immunocompétents.</u></li> <li>- +/- <b>Résistance chez les immunodéprimés ou enfants.</b></li> </ul>	

**Arrêt de travail - Repos à domicile - Contrôle de l'hydratation & nutrition - Antalgique - Antipyrétique (paracétamol)**  
**Hygiène +/- Isolement « GOUTTELETES » avec chambre individuelle (masque chirurgical)**

### VACCINATION

**Vaccin viral inactivé** : Mélange de souches A & B → **Changement de composition tous les ans**

Méthode : <b>Vaccin IM /an à l'automne</b>	Recommandations HAS
<p><b>But</b> : Réduction des complications et de la contagiosité</p> <p><b>Efficacité</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prévention de 70% des gripes chez l'adulte sain</b></li> <li>• <b>Diminution du nombre d'hospitalisations, de pneumonie post-influenzae et de décès</b></li> <li>• Moins efficace chez le sujet âgé et immunodéprimé mais permet de réduire l'incidence des complications.</li> </ul> <p><b>Contre-indications</b> : <b>Allergie à l'ovalbumine</b> (protéine de l'œuf)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Adulte &gt; 65 ans</b></li> <li>- <b>Professionnels de santé</b> ou personnels en contact régulier et étroit avec personnes à risque de grippe sévère</li> <li>- <b>Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions</b></li> <li>- Personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (<b>guides</b>)</li> <li>- <b>FEMMES ENCEINTES</b> (quel que soit le trimestre)</li> <li>- Sujets &gt; 6 mois : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Affections broncho-pulmonaires chroniques</b> (asthme - bronchite chronique...)</li> <li>• <b>Cardiopathie et insuffisance cardiaque grave - Valvulopathies graves</b></li> <li>• <b>Troubles du rythme grave</b> justifiant un traitement au long cours</li> <li>• <b>Maladie coronaire</b></li> <li>• <b>ATCD d'AVC</b></li> <li>• <b>Affections neurologiques &amp; musculaires graves</b></li> <li>• <b>Paraplégies et tétraplégies</b> avec atteinte diaphragmatique</li> <li>• <b>Néphropathies chroniques graves et syndromes néphrotiques</b></li> <li>• <b>Diabète de type I &amp; II</b></li> <li>• <b>Déficits immunitaires primitifs ou acquis</b> (sauf traitement par immunoglobulines, drépanocytose et VIH)</li> <li>• <b>Maladie hépatique chronique</b> (avec ou sans cirrhose)</li> </ul> </li> <li>- <b>Obèse</b></li> <li>- <b>Patient séjournant dans un établissement de soins de suite ou médico-social d'hébergement</b></li> <li>- <b>ENTOURAGE des nourrissons &lt; 6 mois</b> présentant des FdR de grippe grave : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prématurité</b></li> <li>• <b>Cardiopathie congénitale</b></li> <li>• <b>Déficit immunitaire congénital</b></li> <li>• <b>Pathologie pulmonaire</b></li> <li>• <b>Neurologique ou neuro-musculaire ou ADL.</b></li> </ul> </li> </ul>



#### RÉSEAUX NATIONAUX DE SURVEILLANCE GRIPPALE

- **Institut de veille sanitaire (InVS)** : Synthèse des données internationales et publie les données nationales de consultations aux urgences pour syndrome grippal, ainsi que le nombre de cas groupés
- **Cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE)** : Données au niveau régional
- **Réseau sentinelles** : 1 300 médecins généralistes libéraux Français répartis sur le territoire permettant un suivi épidémiologique de terrain des maladies transmissibles, dont la grippe
- **Ministère de la santé**

**Attention, on ne vaccine pas directement le nourrisson < 6 mois**

### « L'ASTUCE du PU »

GÉNÉTIQUE

PÉRIODE DE TEMPS

ESPACE GÉOGRAPHIQUE

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Médecine interne

1. Réaction inflammatoire
2. Déficits immunitaires
3. Fièvre prolongée
4. Pathologies auto-immunes
5. Vascularites systémiques
6. Lupus - SAPL
7. Artérites à cellules géantes
8. Pneumopathies interstitielles diffuses
9. Sarcoïdose
10. Amylose










## BONUS

11. Électrophorèse des protéines plasmatiques

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Epidémiologie

Prévalence = 4,7 à 67 / 100 000 – Incidence = 1 à 35 / 100 000

- Légère **prédominance féminine** : Sexe ratio F/H = 1,2 à 1,75 de **25 à 45 ans**
  - **Pays scandinaves et Afro-Africains** (chronique & grave)
- **Facteurs de risque** : Insecticides, pesticides et moisissures - Pompiers du World Trade Center (11 septembre 2001)
- Formes familiales (**gène de la buterophyline-like 2** : super-famille des Ig) → RR = 5 chez les apparentés du 1<sup>er</sup> degré (< 1% des apparentés présentent la maladie)

Physiopathologie



- = **Maladie systémique inflammatoire d'origine indéterminée**
  - Infiltration lymphocytaire T (LT)
  - Granulomes épithélioïdes et géiganto-cellulaires dérivent des macrophages
  - Distorsion de l'architecture de certains tissus  
→ **Rôle protecteur du tabac.**
- Réponse immunitaire **Th1** avec production de cytokines :
  - **Production du granulome** : IFN $\gamma$  - GM-CSF - IL-2
  - **Processus pro-fibrosant** : TGF $\beta$  - IL13
- **Théorie dominante** : **Réaction immunitaire incontrôlée** (monocytes-macrophages & lymphocytes) contre des **antigènes environnementaux** non encore identifiés sur un **terrain génétique prédisposé**
  - « **Gâchettes** » **antigéniques** : **Mycobactéries non tuberculeuses commensales de l'environnement & propionibactéries**
  - **Polymorphisme génétique** :
    - Gène codant pour les protéines de la synapse immunitaire  
Ex : Syndrome de Löfgren : HLA-DQB1\*0201 & HLA-DRB1\*0301
    - Gènes des cytokines et leurs récepteurs (ex : TNF $\alpha$ )
    - Facteurs sériques et membranaires  
Ex : Gène codant pour enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)

**+/- Rôle déclenchant des anti-TNF $\alpha$**

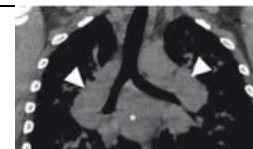
Clinique

Sarcoïdose peut atteindre **tous les organes.**

- 80 à 90% : atteinte thoracique → 50% isolée
- 10 à 20% : manifestation extra-thoracique isolée

SIGNES GENERAUX	< 20%	- Fièvre, amaigrissement
<b>SYNDROME DE LÖFGREN</b> Forme aiguë de sarcoïdose Pathognomonique	9 à 34%	- <b>Terrain</b> : <b>Femme jeune européenne</b> → <b>Rare chez les noirs</b> - <b>Clinique</b> : <b>Fièvre + érythème noueux + arthralgie des chevilles</b> (atteinte péri-articulaire) + <b>ADPs hilaires bilatérales symétriques non compressives = Stade I</b> (< 5% d'atteintes viscérales) → <b>Biopsie INUTILE.</b> - Pronostic excellent (guérison > 95%) : traitement symptomatique : <b>Repos +/- AINS</b>
<b>POUMONS</b>	90%	- <b>Clinique</b> : <b>Toux sèche +/- dyspnée</b> (atteinte du parenchyme) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% : <b>Syndrome restrictif</b> (<math>\downarrow</math> CPT) +/- <b>syndrome obstructif avec HRB</b> → <math>\downarrow</math> <b>DLCO</b></li> <li>• 5 à 20% : <b>HTAP du groupe 5</b> (fibrose pulmonaire et obstruction des vaisseaux pulmonaires)</li> </ul>
		- <b>Histologie</b> (LBA) : <b>Granulation avec Alvéolite lymphocytaire (&gt; 15%) prédominant sur les LT CD4</b> (CD4/CD8 > 3,5)
<b>Sarcoïdose stade II</b>		- <b>Topographie</b> : régions <b>riches en lymphatiques</b> : <b>Partie supérieure et moyenne des poumons</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Péri-hilaire - septas inter-lobulaires - interstitium péri-bronchovasculaire - scissures - régions sous-pleurales</b></li> </ul>
		<b>Radiographie du thorax</b> (Attention, piège en QCM : ce n'est pas via le scanner que l'on classe la sarcoïdose)
<b>Sarcoïdose stade IV</b>		<b>Stade 0</b> : Image thoracique normale
		<b>Stade I</b> : <b>ADPs hilaires ou médiastinales isolées</b> : « Élargissement du médiastin » 60% • <b>Symétriques = Bilatérales - Volumineuses - Non compressives +/- calcifiées</b>
	<b>Stade II</b> : ADPs médiastinales 10% Atteintes parenchymateuses interstitielles, <b>micronodulaires</b> (irrégulier : 2-10 mm) ou réticulo-micronodulaires	
	<b>Stade III</b> : <b>ABSENCE ADP médiastinale</b> 10% <b>Opacités parenchymateuses, nodulaires et/ou linéaires</b>	
	<b>Stade IV</b> : Lésions pulmonaires <b>irréversibles, destructrices et rétractiles</b> , avec ascension des coupes diaphragmatiques 10% Atélectasies segmentaires et lésions d'emphysème (bronchiectasie de traction)	
<b>DERMATOLOGIE</b>	25 à 35%	- <b>Sarcoïdes</b> : macules, papules et plaques (granulomes tuberculoïdes non caséux) : visage, cou, face et extrémités des membres - 10% : <b>Erythème noueux</b> (hypodermite septale) : nodules érythémateux sous-cutanés fermes douloureux (crêtes tibiales) - <b>Lupus pernio</b> : lésions indurées, violacées du nez et des joues, des lèvres et des oreilles - Modification des cicatrices (Phénomène de Koebner)
<b>OPHTALMOLOGIE</b>	25 à 50%	- <b>Uvéite ANTÉRIEURE chronique (&gt; 3 mois) bilatérale</b> : <b>Uvéite GRANULOMATEUSE</b> : <b>précipités rétro-cornéens épais &amp; nodules</b> - <b>Uvéite postérieure</b> - Kératite sèche due à l'atteinte des glandes lacrymales et conjonctive - 30% : Xérophtalmie - 5% : Nodules conjonctivaux
<b>RHUMATOLOGIE</b>	10 à 30%	- Bi-arthrite des cheville (Sd. de Löfgren) - <b>Rhumatisme sarcoïdosique</b> : polyarthrite ou oligo-arthrite non érosive distale chronique : <b>Dactylite inflammatoire</b> - 3 à 10% : <b>Atteintes osseuses</b> (extrémités, vertèbres, pelvis, côtes, sternum, os longs) - Microkystique : Sd. de Perthes-Jungling
<b>ADÉNOPATHIES</b>	15%	- Adénopathies superficielles
<b>FOIE-RATE</b>	5 à 15%	- 10% : <b>Cholestase anictérique</b> > cytolyse - 5 à 15% : Nodules hépatiques et spléniques avec splénomégalie. - < 1% : Ictère - Insuffisance hépatocellulaire - Hypertension portale
<b>NEUROLOGIE</b>	10%	- SNP : Paires crâniennes (VII), mono- ou multinévrite, polynévrite > myopathie • <b>Syndrome de Heerford</b> : <b>PF périphérique bilatérale et récidivante + parotidite + uvéite antérieure aiguë</b> (iridocyclite) +/- <b>Méningite lymphocytaire aseptique avec fièvre</b> • <b>Syndrome de Mikulicz</b> : <b>Hypertrophie parotidienne bilatérale &amp; atteintes des glandes lacrymales</b> - SNC : tb. des fonctions supérieures, déficits focaux, épilepsie, atteintes hypothalamo-hypophysaire (insuffisance gonadotrope, diabète insipide, hyper-PRL), myélite, manifestations psychiatriques
<b>COEUR</b>	2 à 5%	- <b>Trouble de la conduction auriculo-ventriculaire</b> et bloc de branche ou TdR → <b>Mort subite</b> - Insuffisance cardiaque due à l'atteinte myocardique
<b>MÉTABOLIQUE-REINS</b>	10 à 40%	- 40% : <b>Hypercalciurie</b> → Production par le granulome sarcoïdosique de <b>1,25(OH)<sub>2</sub>VitamineD<sub>3</sub></b> - 11% : <b>Hypercalcémie</b> - 10% : Lithiase rénale - Néphrocalcinose - Glomérulonéphrite extra-membraneuse - Acidose tubulaire distale type 1 - < 1% : Insuffisance rénale due à néphrite interstitielle sur infiltration granulomateuse

ECG + IRM myocardique

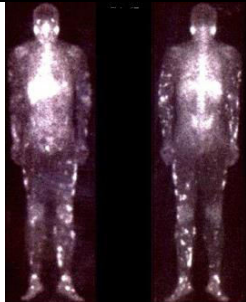


Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Biologie		Histologie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 75% : Anergie tuberculinique</li> <li>- 50% : <b>Lymphopénie portant sur les LT CD4<sup>+</sup></b></li> <li>- 50% : <b>Hypergammaglobulinémie</b> polyclonale</li> <li>- <b>VDRL positif</b></li> <li>- 60% : <b>Augmentation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</b> (ECA)</li> <li>- → <b>Le taux d'ECA est corrélé à l'activité de la sarcoïdose</b></li> <li>• Non spécifique de la sarcoïdose (possible dans les autres granulomatoses)</li> </ul>		<p><b>1<sup>ère</sup> intention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>BGSA</b> (rentabilité : 20 à 60%) en absence d'atteinte cutanée</li> <li>- <b>Lésions cutanées</b> (hors érythème noueux) - <b>Cicatrice indurée</b></li> <li>- <b>Nodules conjonctivaux</b></li> <li>- <b>ADPs périphériques</b></li> <li>- <b>Biopsies des éperons bronchiques</b> (rentabilité : 60%)</li> </ul>	<p><b>2<sup>ème</sup> intention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biopsies ADPs médiastinales écho-guidées (rentabilité : 80%)</li> <li>- Biopsies trans-bronchiques - Médiastinoscopie</li> <li>- Ponction-biopsie hépatique (si atteinte hépatique)</li> </ul>
Diagnostic			
Présentation <b>radio-clinique typique</b> ou compatible		Mise en évidence des <b>granulomes tuberculoïdes SANS nécrose caséuse</b>	
→		→	
Elimination des autres granulomatoses			
Diagnostic clinico-radio-biologique <b>sans diagnostic histologique nécessaire</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome de Löfgren</li> <li>- Présentation typique :</li> <li>• Imagerie &amp; clinique : Lymphadénopathie hilare bilatérale non compressive + Erythème noueux ou sarcoïdes + Uvéites</li> <li>• Biologie : ↑ ECA + Alvéolite lymphocytaire avec CD4/CD8 &gt; 3,5 ou TEP-FDG<sup>18</sup> avec signe lambda ou panda</li> <li>• Exclusion des autres granulomatose</li> </ul>		 <p><b>Signe du lambda</b> : Hyperfixation des ganglions intra-thoraciques</p> <p><b>Signe du panda</b> : Hyperfixation symétrique des glandes lacrymales et parotidiennes</p>	
Autres causes de granulomes épithélioïdes géantocellulaires			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Infections</b> :</li> <li>• Tuberculose - Mycobactéries non tuberculeuses - Lèpre - Bartonellose - Fièvre Q - Chlamydie - Tularémie - Syphilis</li> <li>• M. de Whipple - CMV - Histoplasme - Cryptococcose - Coccidiomycose - Toxoplasmose</li> <li>- <b>Néoplasie</b> : Lymphome (non) Hodgkinien - Carcinomes</li> <li>- <b>Maladies systémiques</b> : Vascularites (Wegener...) - Maladie de Crohn</li> <li>- <b>Déficits immunitaires</b> : <b>DICV</b> - Granulomatose septique familiale</li> <li>- <b>Causes environnementales et médicamenteuses</b> : Silice - Béryllium - Talc - BCG-thérapie intra-vésicale - INFα &amp; β ou TNFα</li> <li>- <b>Autres</b> : Malacoplakie - Histiocytose - PNP d'hypersensibilité</li> </ul>			
Pronostic			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>2/3 : Guérison dans les 3 ans</b> → Sd. de Löfgren : <b>90% spontanément favorable</b></li> <li>- Rémission rare après 5 ans d'évolution : Maladie chronique = 20% - <b>Décès des conséquences directes de la sarcoïdose &lt; 5%</b></li> </ul>			
Facteurs de bon pronostic		Facteurs de mauvais pronostic	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sujet &lt; 40 ans</b></li> <li>- <b>Origine européenne</b></li> <li>- <b>Stade I à la radiographie pulmonaire</b></li> <li>- <b>Uvéite aiguë</b></li> <li>- <b>Érythème noueux</b></li> <li>- <b>Sarcoïdes ou nodules sur cicatrice</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sujet &gt; 40 ans</b> - Origine afro-caribéenne</li> <li>- <b>Évolution chronique</b></li> <li>- <b>Stade III/IV à la radiographie pulmonaire</b></li> <li>- <b>Syndrome obstructif (TVO)</b></li> <li>- <b>Localisation extra-respiratoire grave</b></li> <li>- <b>Dissémination</b> - Progression rapide</li> </ul>	
« Drapeaux rouges » → Reconsidérer le diagnostic de sarcoïdose			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Enfant ou sujet &gt; 50 ans</b></li> <li>- <b>AEG &amp; fièvre</b></li> <li>- Hémoptysie - Râles crépitants - Hippocratisme digital</li> <li>- <b>Résistance à la corticothérapie</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lésions excavées</b></li> <li>- Absence d'atteinte médiastinale ou atteinte unilatérale, médiastin postérieur</li> <li>- <b>ADPs compressives</b></li> <li>- <b>Hypogammaglobulinémie</b></li> </ul>	
Bilan initial d'une sarcoïdose		Suivi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogatoire - Examen clinique</li> <li>- <b>Biopsies - Radio. de thorax de F + P</b></li> <li>- <b>EFR - ECG - NFS - Calcémie - Urée &amp; Créatinine - ECA sérique</b></li> <li>- <b>PAL - Alanine et aspartate aminotransférase - EPP</b></li> <li>- <b>OPH</b> : Lampe à fente - Tonométrie - Fond d'œil</li> <li>- +/- Pulmonaire : TDM, KT droit si HTAP</li> <li>- +/- Cœur : ETT - IRM - <b>TEP-FDG</b> - Holter-ECG, faisceau de His</li> <li>- +/- SNC : IRM avec infection de gadolinium,</li> <li>- +/- <b>Ponction lombaire</b> :</li> <li>• <b>Hyperprotéïnorachie - Hypoglycorachie</b></li> <li>• +/- Pression d'ouverture importante du LCR.</li> </ul>		<p><b>Sarcoïdose guérie : rémission complète ≥ 36 mois (3 ans) en absence de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Surveillance clinique</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie évolutive /3 à 6 mois</li> <li>• Maladie stable /an</li> </ul> </li> <li>- <b>Surveillance biologique /an</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NFS - Créatinine - BHC - Calcémie-calciurie des 24h</b></li> <li>• <b>Radio. de thorax - ECG</b></li> <li>• <b>Examen OPH</b></li> </ul> </li> </ul>	
Traitement			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Arrêt du tabac</b> - Prévenir les expositions aux poussières minérales, moisissures - Vaccination à jours &amp; <b>vaccins anti-grippal et anti-pneumocoque</b></li> <li>- Mesures associées à la corticothérapie systémique : <b>Éviter la supplémentation en vitamine D due à l'hypercalcémie</b></li> <li>- <b>Éviction de l'exposition solaire</b></li> </ul>			
<b>CORTICOÏDES LOCAUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sarcoïdes à petits nodules peu nombreux</b></li> <li>- <b>Uvéite</b> (hors atteintes bilatérales du segment postérieur)</li> <li>- <b>Hyperréactivité bronchique</b></li> </ul>	<b>Corticothérapie active sur les granulomes actifs mais pas sur la fibrose constituée</b>	
<b>CORTICOÏDES PO</b>	<p><b>Prednisonne PO à dose initiale de 0,5 mg/kg/J avec décroissance progressive pour une durée totale de 1 an</b></p> <p>Si atteinte sévère (SNC - Myocarde...) : +/- Bolus de méthylprednisolone</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stade II ou III avec dyspnée et/ou anomalie EFR (CV &lt; 70%) ou maladie progressive - Stade IV avec signe d'activité persistante</b></li> <li>- <b>Atteinte bronchique avec sténose endo-bronchique ou trouble ventilatoire obstructif (TVO)</b></li> <li>- <b>Atteinte SNC - Cardiaque - Rénale - Laryngée ou rhino-sinusienne symptomatique</b></li> <li>- <b>HYPER-CALCÉMIE</b></li> <li>- <b>Uvéite bilatérales avec atteintes du segment POSTÉRIEUR</b></li> <li>- +/- AEG - Cholestase intrahépatique - Atteinte cutanée sévère - Ostéo-articulaire, musculaire</li> </ul>		<p>→ 50% de rechutes lors de la décroissance de la corticothérapie</p>
Hydroxychloroquine OU Chloroquine x 2 à 6 mois avec surveillance OPH			

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## ÉRYTHÈME NOUEUX

= **Signe cutané non spécifique**

## Clinique

- **Prodromes** : fièvre modérée, asthénie, rhino-pharyngite et arthralgie **péri-articulaire des 2 chevilles**
- **Noueurs** (nodules hypodermiques) **fermes non fluctuantes, en relief INFILTRÉES avec une surface érythémateuse ou de couleur normale aiguë et DOULOUREUSES**
  - Diamètre : quelques centimètres
  - Nombre : quelques dizaines
  - Douloureuses, chaudes, adhérentes au plan superficiel et profond
  - Topographie : **bilatérales +/- symétriques** dans les régions **pré-tibiales, genoux, mollets, cuisses, fesses** (rares aux membres supérieurs)
- **Evolution** :
  - « **Poussées** » succèdent pendant quelques semaines à mois
  - **90% : Régression spontanée en 2 à 3 semaines** en passant par les stades de la **biligénie**
    - ✓ Couleurs successives d'une ecchymose : bleu-violet, vert-jaune puis brun.



## Syndrome de Löfgren

- **20% inaugural de la sarcoïdose**
  - Terrain : **Jeune femme**
- **Erythème noueux**
- **Fièvre**
- **Arthralgies**
- **Adénopathies intra-thoraciques**
  - Hilaires, bilatérales et symétriques
  - Non compressives +/- infiltrats parenchymateux
- Evolution : 90% bénigne (révolutive)

NB : **Biopsie inutile** (panniculite septale neutrophilique sans vasculite)

## Diagnostiques différentiels

- |   |   |
|---|---|
| - Syndrome de Sweet profond, généralement fébrile                     | - Réactions exagérées à certaines piqûres d'arthropodes |
| - Vasculites cutanées ou cutané-systémiques (nodules petites tailles) | - Syndromes septiques cutanées                          |
| - Hémopathie cutanée d'évolution chronique                            | - Panniculite pancréatique                              |

## Etiologie

- |   |   |
|---|---|
| - <b>Idiopathique</b> : 50%   | - Chlamydia - Toxoplasmose  |
| - <b>Sarcoïdose</b>   | - Tularémie - Leptospirose - Virus (EBV/VHB/VHC/Parvovirus B19)                   |
| - <b>MICI : Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn - Colite inflammatoire</b> | - Grossesse - Maladie des griffes du chat - Infection fongique                    |
| - Infection streptocoque bêta-hémolytique A (SGA)                                 | - Médicaments : infliximab, certolizumab, vemurafenib, isotrétinoïne, G-CSF - CEP |
| - Tuberculose (primo-infection) - Yersinose                                       | - Maladie de Behçet - Hémopathie maligne  |

## Traitement

- Repos, antalgique, AINS (ou colchicine, antipaludéen de synthèse) +/- ATB (cycline ou macrolide) + **Contention élastique**

## SARCOÏDES

= **Signe cutané spécifique**

Facteurs environnementaux &amp; Facteurs génétiques → Activation des voies Th1-IL12 et Th17-IL23

## Clinique

- **Fermes, non œdémateuses, non inflammatoires**
  - Jaunes ocre au violet
  - **Vitropression : aspect « lupoïde »** : Disparition de l'érythème et apparition de grains jaunâtres, couleur gelée de coings (= infiltrats granulomateux)
  - Topographie **FACIALE** (50%)
- **Evolution chronique** sur des mois voire années +/- régression spontanée
- **Biopsie** : Granulomatose épithélioïde : nodules de cellules épithélioïdes arrondis bien circonscrits, entourés d'une étroite couronne lymphocytaire, sans nécrose caséuse.
- Polymorphisme des lésions :
  - **Sarcoïdes à petits nodules** : lésions papuleuses symétriques
    - Hémisphère : Ø 3 à 5 mm
    - Nombres : Quelques dizaines
    - Topographie : **visage & membre**
  - **Plaques** : Lésions infiltrées parfois surmontées de nodules : **LUPUS PERNIO** : Placard bleu violacé (visage & extrémités) → **CICATRICES**
  - **Sarcoïdes à gros nodules** : Confluents sur le mode annulaire + cicatrice centrale
    - Hémisphère : Ø > 1 cm
    - Topographie : Visage
      - **Femme** : **ANGIOLUPOÏDE** : Placard nodulaire infiltré tégangiectasique des ailes du nez et des joues
  - **Sarcoïde sur cicatrice** : Infiltration érythémateuse des anciennes cicatrices ou des tatouages

## Phénotype sévère

- |  |  |
|--|--|
| - <b>Angiolupoïde de Brocq-Pautier</b> | - <b>Placard diffus</b>                    |
| - <b>Gros nodule</b>                   | - <b>Lésions ulcérées et hypodermiques</b> |
| - <b>Lupus pernio</b>                  |  |

## « L'ASTUCE du PU » - COMPRENDRE L'ÉVICTION DE SOLEIL DANS LA SARCOÏDOSE

- La vitamine D est hydroxylée en 25 dans la peau
- **L'exposition solaire augmente la formation de 25-OH-Vitamine D**, on augmente le risque qu'elle soit hydroxylée en 1 par la **1-alpha-Hydroxylase** synthétisée par les **macrophages des granulomes**.
- Donc on augmente le risque d'hypercalcémie puisque la 1,25-OH Vitamine D est la forme active de vitamine D.

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:


| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) || <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |












# Néphrologie

1. Troubles mictionnels chez l'enfant
2. Infections urinaires
3. Transplantation d'organe
4. Œdème des membres inférieurs
5. Élévation de la créatininémie
6. Protéinurie et syndrome néphrotique
7. Hématurie
8. Néphropathie glomérulaire
9. Néphropathie interstitielle chronique
10. Néphropathie vasculaire
11. Insuffisance rénale chronique
12. Polykystose rénale
13. Troubles de l'équilibre hydro-électrolytique
14. Troubles du calcium
15. Atteintes rénales du myélome et de l'amylose
16. Iatrogénie en néphrologie
17. Insuffisance rénale aiguë

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



POLYKYSTOSE RÉNALE AUTOSOMIQUE DOMINANTE – Item 263

Prévalence = 1/1000

Physiopathologie

Maladie fréquente - La plus fréquente des néphropathies héréditaires : 8 à 10% des insuffisances rénales terminales

- Maladie hétérogène **autosomique dominante** : 2 gènes identifiés : PKD<sub>1</sub> et PKD<sub>2</sub> avec mutations « privées » (propre à la famille)
- De Novo : 5% des patients

	PKD <sub>1</sub>	PKD <sub>2</sub>
Localisation	Chromosome 16	Chromosome 4
Incidence	85%	15%
Protéine mutée	Polycystine 1	Polycystine 2
Fonctions de la protéine	Mécanorécepteur + interaction avec la matrice extracellulaire	Homologie avec canal calcique
Age de l'IRT	55 ans	70 ans

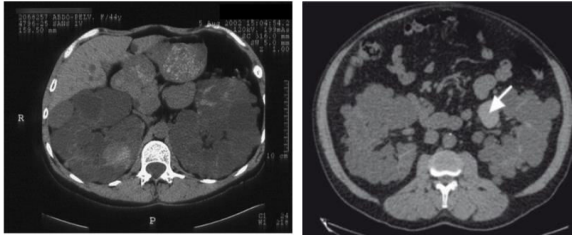
Circonstance amenant à poser le diagnostic

Adulte jeune

- **Hypertension artérielle** secondaire à la compression des artérols rénales par les kystes
- Complications rénales : **Gros rein bilatéral - Douleurs ou pesanteur lombaires - Hématurie macroscopique - Colique néphrétique - Infection d'un kyste - I. rein**

Examens complémentaires

<b>ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Polykystose rénale 30 à 70% : 2 gros reins dont les contours sont déformés par les kystes multiples et bilatéraux</li> <li>- L'augmentation de la taille des reins est un argument supplémentaire de diagnostic</li> <li>- <b>Critères diagnostiques</b> :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 - 40 ans : ≥ 3 kystes rénaux (uni ou bilatéraux)</li> <li>• ≥ 40 - 60 ans : ≥ 2 kystes rénaux <b>PAR REIN</b> = 4 kystes minimum</li> <li>• &gt; 60 ans : &gt; 4 kystes <b>PAR REIN</b> = 8 kystes minimum</li> </ul> </li> </ul>
-------------------------------	---

<p><b>TDM ABDOMINAL</b> Se (TDM) &gt; Se (écho)</p> <p><b>ENQUÊTE GÉNÉTIQUE AVEC ARBRE GÉNÉALOGIQUE</b> La recherche de mutation n'est pas nécessaire dans la plupart des cas, de même que le ponction rénale.</p>		<p><b>EXCLUSION DU DIAGNOSTIC</b> dans 99% des cas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 30 et 39 ans, l'absence de kystes rénaux exclut l'existence de la maladie</li> <li>- Après 40 ans, 0 à 1 kyste rénal exclut la maladie</li> </ul>
--	---	---

Atteinte rénale

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Multiples kystes</b> dans les 2 reins, kystes :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cavité liquidienne bordée d'un épithélium dérivé des cellules tubulaires rénales</li> <li>• Croissance : prolifération des cellules bordant les kystes + sécrétion de fluide par ces mêmes cellules</li> </ul> </li> <li>- <b>FIBROSE progressive du parenchyme rénal non kystique</b></li> <li>- <b>Hypertension artérielle à 35 ans</b></li> <li>- <b>Insuffisance rénale RAPIDE sans hématurie ni protéinurie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse annuelle du DFG - 5 mL/min/an</li> </ul> </li> <li>- <b>Insuffisance rénale terminale : 55 ans (PKR<sub>1</sub>) et 70 ans (PKR<sub>2</sub>)</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Complications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hémorragie intra-kystique</b></li> <li>- <b>Migration lithiasique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcul d'acide urique (500 UH)</li> <li>• Calcul d'oxalate de Ca<sup>2+</sup> (1000 à 1500 UH)</li> </ul> </li> <li>- <b>Hématurie macroscopique</b></li> <li>- <b>Infection du rein</b> : Leucocyturie et hématurie, rarement bactériémie → <b>ECBU + TDM</b> +/- PET-TDM (localisation du kyste infecté)</li> <li>• <b>Pyélonéphrite ascendante</b> (cf. item 157)</li> <li>• <b>Infection intra-kystique (= abcès du rein)</b> : <b>Fluoroquinolone</b> ou <b>Bactrim x 1 mois</b>                      En absence de guérison &gt; 1 semaine → Prise en charge spécialisée +/- ponction intra-kystique</li> <li>- <b>Insuffisance rénale</b></li> </ul>
---	--

Pronostic

**VOLUME DES REINS = VOLUME KYSTIQUE**

Risque d'apparition et de progression de l'IR (Mesure : TDM ou IRM)

Atteinte extra-rénale

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Kystes hépatiques asymptomatique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement plus tardif que les kystes rénaux</li> <li>• <b>Femme</b> &gt; Homme</li> <li>• <b>Bilan hépatique complet normal</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Hépatomégalie massive chez la femme</b></li> <li>- <b>Prolapsus de la valve mitrale</b> : 20 à 25%</li> <li>- <b>Polyglobulie</b> par absence de réponse à l'hypoxie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anévrisme des artères cérébrales</b> → <b>Angio-IRM &lt; 50 ans</b> si ATCD familiaux                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 à 16% en cas d'ATCD familiaux</li> <li>• Topographie : Polygone de Willis <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Imagerie / 5 ans</span></li> <li>• Age moyen de rupture : <b>41 ans</b></li> <li>• Prévalence 20 à 25% (2% de la population générale)</li> </ul> </li> <li>- <b>Hernie inguinale</b> : Incidence x 3 à 5 vs. population générale.</li> <li>- <b>Diverticlose colique</b> : Incidence x 3 vs. patient dialysé de même âge.</li> </ul>
---	--

Traitement

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Boissons abondantes</b> : 2L/jours → Prévention des lithiases &amp; infections</li> <li>- <b>Contrôle de la TA</b> : IEC ou ARAII                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 140/90 mmHg</li> <li>• &lt; 130/80 mmHg si protéinurie &gt; 0,5 g/g de créatininurie</li> </ul> </li> <li>- <b>Contrôle des troubles hydro-électrolytiques</b> Protéine = 1g/kg/J EER</li> <li>- +/- <b>Transplantation RÉNALE</b> avec néphrectomie si reins volumineux                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ABSENCE DE RÉCIDIVE APRÈS TRANSPLANTATION.</b></li> <li>• En cas d'hépatomégalie massive → <b>Transplantation REIN-FOIE</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tolvaptan (Jinarc®)</b> : Antagoniste des R. V2 de la vasopressine (desmopressine) → <b>Diminution de la vitesse de croissance des kystes et de la progression de l'IRÉNALE (- 30%)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibe la production rénale d'AMPc</li> <li>• Inhibe la prolifération des cellules bordantes</li> <li>• Inhibe la sécrétion de fluide tubulaire</li> </ul> </li> <li>→ <b>Indication</b> :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rein &gt; 17 cm ou IRM &gt; 600 mL/mètre</li> <li>• <b>Insuffisance rénale progressive</b> (Perte &gt; 5 mL/min/an) ou complications rénales (douleurs, hématurie, infection) mais <b>DFG &gt; 30 mL/min.</b></li> </ul> </li> <li>→ Complications : <b>Diabète insipide (SPUPD) - Toxicité hépatique</b> <b>Analogue de la somatostatine (en cours d'évaluation)</b></li> </ul>
---	---

Sujet < 18 ans : Pas d'échographie de dépistage si absence de symptôme rénal - Informer le pédiatre/MG de la pathologie familiale.

Sujet > 18 ans : Échographie de dépistage

Attention, on ne fait pas de diagnostic pré-implantatoire si projet de grossesse.

« L'ASTUCE du PU » - Maladie rénale de transmission AUTOSOMIQUE DOMINANTE responsable de KYSTES RÉNAUX

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Neurologie

1. Déficit neurologique récent
2. Déficit neuro-sensitif
3. Compression médullaire et syndrome de la queue de cheval
4. Rachialgies
5. Radiculalgies
6. Neuropathies périphériques
7. Syndrome de Guillain-Barré
8. Myasthénie
9. Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face
10. Céphalées
11. Paralyse faciale
12. Diplopie
13. Sclérose en plaques
14. Épilepsie et convulsions fébriles du nourrisson
15. Maladie de Parkinson
16. Mouvements anormaux
17. Confusion & démence
18. Troubles de la marche et de l'équilibre
19. Troubles du sommeil
20. Tumeurs intracrâniennes
21. Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital
22. Traumatisme crânien chez l'enfant
23. Traumatisme crânio-facial chez l'adulte
24. Coma non traumatique
25. Intoxications aiguës chez l'adulte
26. Intoxications chez l'enfant
27. Accident vasculaire cérébral
28. Hémorragie méningée
29. Malaise et perte de connaissance
30. État confusionnel et trouble de la conscience chez l'enfant








## BONUS

31. ACSOS - Claude Bernard-Horner
32. Imagerie

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



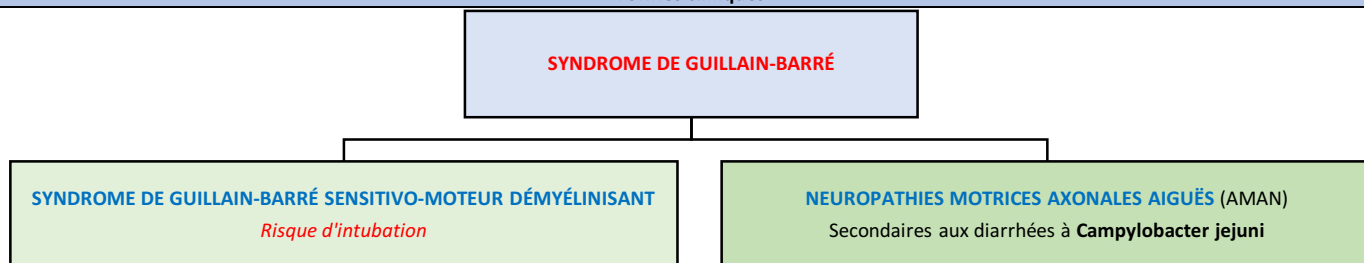
**SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ - Item 95**  
**POLYRADICULONÉVRITE AIGUË INFLAMMATOIRE AUTO-IMMUNE**

**Epidémiologie & physiopathologie**

**Incidence = 1 / 100 000**

- ATCD < 15 jours :
  - Infection : RESPIRATOIRE ou DIGESTIVE (55%) : **CMV - EBV - VIH** (formes démyélinisantes), **Diarrhées à Campylobacter jejuni** (formes axonales de types AMAN)
  - Vaccination
- Lésions démyélinisantes du syndrome de Guillain-Barré : **Production et passage dans les espaces endo-neuronaux d'anticorps, de cytokines et de protéinases.**
- **La démyélinisation est effectuée par le MACROPHAGE.**
- **Mimétisme moléculaire** (réaction d'immunité croisée) : Possible entre *Campylobacter jejuni* & *gangliosides du n. périphérique* → Formes axonales.
- **Blocs de conduction** d'origine humorale
- **Facteur de risque** : Diabète

**Formes cliniques**



**Clinique**

<b>PHASE D'EXTENSION DES PARALYSIES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Phase d'extension</b> → <b>Durée « normale » &lt; 4 semaines</b> (souvent : quelques jours)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tb. sensitifs (subjectifs)</b> : paresthésies avec picotements distaux des 4 membres à évolution ascendante</li> <li>• <b>Parésie débutant aux membres inférieurs</b> (rare : n. crâniens) à la phase initiale → Atteinte du cou et du tronc tardive                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Parésie relativement symétrique, étendue et sévère : Proximale &gt; Distale.</li> </ul> </li> <li>• <b>Douleurs</b> : Rachialgies - Myalgies - Radiculalgies des membres inférieures</li> <li>• <b>Atteinte respiratoire</b> (20% : VM) : <b>Réanimation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Atteinte bulbaire : <b>trouble de la déglutition ou phonation</b> → <b>Comptage en apnée</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Atteinte faciale bilatérale</b> avec aggravation rapide → Risque élevé de complications respiratoires</li> </ul> </li> <li>- <b>Une durée courte de la phase d'aggravation = Mauvais pronostic</b></li> <li>- Phase d'extension est plus rapide dans les AMAN &gt; Syndrome de Guillain-Barré sensitivo-moteur démyélinisant.</li> </ul>
<b>PHASE DE PLATEAU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Déficit moteur variable</b> : <b>Aréflexie tendineuse</b> 1/3 : Capacité à marcher - 1/3 : Lit - 1/3 : VM</li> <li>- <b>Déficit sensitif sur la proprioception</b> → <b>Ataxie</b> (absent dans les AMAN)</li> <li>- <b>Atteinte des nerfs crâniens</b> : <b>Nerf facial</b> (diplopie) &amp; <b>Nerf glosso-pharyngien/pneumogastrique (XII)</b> (trouble de la déglutition)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'atteinte des nerfs oculomoteurs est rare</li> </ul> </li> <li>- <b>Troubles psychiatriques</b> : Cf. infra</li> <li>- <b>Syndrome dysautonomique dans les formes sévères</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tachycardie &amp; Bradycardie aux changements de positions</b></li> <li>• <b>HTA - HypoTA orthostatique</b></li> <li>• <b>Anomalie de la sudation - Rougeur cutanée spontanée</b></li> <li>• <b>Constipation - Syndrome d'Ogilvie</b></li> </ul> </li> <li>- <b>La durée du plateau est variable, plus longue dans les formes sévères</b> → <b>AMAN</b> (jusqu'à plusieurs mois)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Phase de récupération, dans l'ordre inverse de l'apparition des déficits.</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>PHASE DE RÉCUPÉRATION</b> 5% décès 15% séquelles définitives 80% Récupération complète	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sd. Guillain-Barré démyélinisant</b> : +/- Quelques mois</li> <li>- <b>AMAN</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapide</b> par levée des blocs de conduction sous traitement par <b>immunoglobuline IV</b></li> <li>• <b>Lente</b> (plusieurs mois) en cas de persistance des blocs de conduction distaux et dégénérescence axonale</li> </ul> </li> <li>- <b>Absence de récupération &gt; 12-18 mois = DÉFINITIVE</b></li> </ul>

**Examens complémentaires**

<b>ENMG</b>	<b>Syndrome de Guillain-Barré démyélinisant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Anomalies retardées vs clinique</b> : <b>ABSENCE</b> de parallélisme entre le degré de paralysie initiale et anomalie ENMG</li> <li>- Initial :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allongement de la latence des ondes F et des latences distales en rapport avec l'atteinte radiculaire et distale</li> </ul> </li> <li>- Phase d'état : <b>Anomalies démyélinisantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Augmentation de la latence distale motrice et onde F</b></li> <li>• <b>Diminution de la vitesse de conduction</b></li> <li>• <b>Blocs de conduction</b></li> <li>• <b>Dispersion des potentiels</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Anomalie neurogène</b> : Fibrillation - Fasciculation</li> </ul>	<b>Facteur de mauvais pronostic</b> <b>Inexcitabilité des nerfs</b>
	<b>AMAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Absence d'anomalie sensitive</b></li> <li>- <b>Amplitude des potentiels moteurs est diminuée aux 4 membres</b></li> <li>- <b>Anomalies neurogènes</b> : Fibrillation - Fasciculation</li> <li>- <b>Absence d'anomalie démyélinisante</b></li> </ul>	
<b>POTENTIELS ÉVOQUÉS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de normalité de l'ENMG, il est possible de faire des potentiels évoqués pour détecter une <b>atteinte très proximale des nerfs</b></li> </ul>		
<b>PONCTION LOMBAIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hyper-protéïnorachie retardée &gt; 1 g/L</b> (+ 3-10 J le début de la clinique)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de parallélisme entre l'évolution clinique et la protéïnorachie.</li> <li>• <b>Absence de réaction cellulaire</b> : &lt; 10 /mm<sup>3</sup></li> <li>• Pléiocytose &gt; 50 /mm<sup>3</sup> doit faire évoquer une méningo-radiculite infectieuse.</li> </ul> </li> <li>- <b>NFS</b> : <b>Lymphopénie</b></li> <li>- <b>PLC</b> : Cytolyse</li> </ul>		<b>DISSOCIATION ALBUMINO-CYTOLOGIQUE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome de Guillain-Barré</li> <li>- Diabète sucré</li> <li>- Compression médullaire</li> <li>- Poliomyélite</li> </ul>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Traitement	
TRAITEMENT SPÉCIFIQUE	<p>→ <b>Traitement précoce &lt; 2 semaines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Immunoglobulines polyvalentes IV x 5 jours</b> : 0,4 g/kg/J</li> <li>- <b>OU Échanges plasmatiques</b> : 4 échanges réalisés 1 jour /2</li> </ul> <p>→ <b>Objectifs</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la durée de la ventilation</li> <li>• Rapidité de la reprise de la marche</li> <li>• Durée d'hospitalisation</li> </ul>
	<p><b>Ne modifie pas le pourcentage de patients avec séquelles</b>            Immunoglobulines + Échanges plasmatiques = Inutiles  <b>Les corticoïdes sont inutiles</b></p>
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des complications du décubitus</li> <li>- Oxygénothérapie +/- Ventilation mécanique</li> <li>- Contrôle de la dysautonomie</li> <li>- Rééducation précoce, poursuite pour lutter contre la désadaptation à l'effort</li> </ul>
Surveillance	
PHASE D'AGGRAVATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage des troubles de la déglutition</li> <li>- Dépistage des difficultés respiratoires : efficacité de la toux - rythme respiratoire - CV (spiromètre)</li> </ul>
PHASE D'ÉTAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble végétatif : modification du rythme cardiaque, variation tensionnelle</li> <li>- Complications du décubitus : MTV/EP, escarres...</li> </ul>
Facteurs de mauvais pronostic	POLYRADICULONÉVRITE CHRONIQUE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase d'aggravation <b>TRÈS RAPIDE</b></li> <li>- Durée <b>LONGUE</b> de la phase plateau</li> <li>- <b>Atteinte faciale bilatérale initiale</b></li> <li>- <b>Age &gt; 60 ans</b></li> <li>- ENMG : <b>Inexcitabilité des nerfs avec atteinte AXONALE</b></li> <li>- <b>Ventilation prolongée</b></li> </ul> <p><b>Les récidives du syndrome de Guillain-Barré sont très rare.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idiopathique</li> <li>- POEMS - MGUS</li> <li>- Lupus (rare)</li> <li>- <b>Syndrome de Miller-Fischer</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyradiculonévrite aiguë ou chronique</li> <li>• Ophthalmoplégie</li> <li>• Ataxie</li> <li>• Abolition des ROTs avec anti-GQ1b</li> </ul> </li> </ul>

CONTRE-INDICATIONS de la PONCTION LOMBAIRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspicion d'hypertension intracrânienne</li> <li>- Infection locale au point de ponction</li> <li>- Trouble de l'hémostase :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoagulant → <b>Possible sous antiagrégant</b></li> <li>• Saignement actif : <b>TS &gt; 7 min</b></li> <li>• <b>TP &lt; 50%</b></li> <li>• <b>TCA ou INR ≥ 1,5- 1,7</b></li> <li>• <b>Plaquettes &lt; 50 000 /mm<sup>3</sup></b></li> </ul> </li> </ul>

« L'ASTUCE du PU » - POTENTIELS ÉVOQUÉS vs. ÉLECTRO-NEURO-MYOGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les potentiels évoqués peuvent concerner TOUT le système nerveux (électrodes sur les zones du cerveau qui intègrent l'information).               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet de pallier le déficit de l'ENMG, qui ne peut pas détecter une atteinte très proximale</li> </ul> </li> </ul> <p>→ Si l'ENMG est normal et que les PE sont anormaux = Atteinte nerveuse périphérique PROXIMAL (racine des membres)</p>

« L'ASTUCE du PU » - TRANSVERSALITÉ : COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES DU SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ		
<b>25% : Symptômes PSYCHOTIQUES : Hallucinations - Délires oniriques - Dépersonnalisation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Facteurs de risque de troubles psychotiques aigus</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence de signe dysautonomique</li> <li>• Importante tétraparésie</li> <li>• Ventilation mécanique</li> <li>• Atteintes multiples des paires crâniennes</li> </ul> </li> <li>- Autres manifestations possibles :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété - Attaque de panique - <b>Syndrome dépressif (70%)</b></li> <li>• Perte de parole → Facteur de stress prédominant</li> <li>• Formes exceptionnelles de syndrome de Guillain-Barré avec <b>apparence de mort cérébrale</b> avec EEG normal</li> </ul> </li> </ul>		
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9534f; color: white;">Autres causes d'hallucinations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Delirium tremens</li> <li>- Hyponatrémie sur SIADH</li> <li>- Iatrogène (médicament)</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Autres causes d'hallucinations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delirium tremens</li> <li>- Hyponatrémie sur SIADH</li> <li>- Iatrogène (médicament)</li> </ul>
Autres causes d'hallucinations		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delirium tremens</li> <li>- Hyponatrémie sur SIADH</li> <li>- Iatrogène (médicament)</li> </ul>		

« L'ASTUCE du PU » - PONCTION LOMBAIRE	
SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	SCLÉROSE EN PLAQUES
<b>HYPER-protéïnorachie &gt; 1 g/dl</b> Absence de réaction cellulaire < 10 /mm <sup>3</sup> Bandes oligo-clonales négatives	<b>Hyper-protéïnorachie &lt; 1 g/dl</b> Cytorachie > 4 /mm <sup>3</sup> mais < 50 /mm <sup>3</sup> (lymphocyte-plasmocyte) Bandes oligo-clonales positives

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Ophtalmologie

1. Prélèvement de cornée à but thérapeutique
2. Strabisme de l'enfant
3. Altération de la fonction visuelle
4. Anomalie de la vision d'apparition brutale
5. Œil rouge et douloureux
6. Glaucome chronique
7. Trouble de la réfraction
8. Pathologie des paupières
9. Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé
10. Greffe de cornée
11. Complications ophtalmiques de l'hypertension artérielle
12. Traumatismes oculaires et brûlures










## BONUS

13. Sémiologie oculaire

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT - Item 82**  
= Destruction progressive du nerf optique

**Epidémiologie**

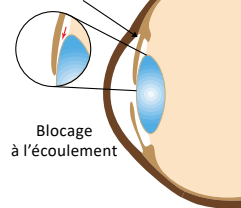
Maladie fréquente > 40 ans

2<sup>ème</sup> cause de cécité dans les pays développés après la DMLA

- Prévalence = 1 million d'habitants en France
- Suivi : 800 000 habitants → CV + OCT /12 mois
- Dépistage systématique > 40 ans : Mesure TO

**Glaucome à angle ouvert**

Angle irido-cornéen ouvert



Blocage à l'écoulement

**Physiopathologie**

= NEUROPATHIE OPTIQUE progressive chronique et asymptomatique

→ Lésions des fibres optiques au niveau de la papille :

- Théorie mécanique : Excavation papillaire par une compression de la tête du nerf optique sous l'effet de l'hypertonie oculaire
- Théorie ischémique : Insuffisance circulatoire au niveau des capillaires sanguins de la tête du nerf optique par hypo-perfusion papillaire chronique ou spasme vasculaire transitoire → Apoptose cellulaire avec destruction des fibres visuelles

→ Hypertonie oculaire :

- Dégénérescence progressive du trabéculum qui n'assure plus ses fonctions normales d'écoulement de l'humeur aqueuse

**Clinique**

- Hypertonie intraoculaire inconstante
- Elargissement de l'excavation de la papille : Dépression caractéristique de l'extrémité du nerf optique par destruction des fibres nerveuses
- Altération du champ visuel dont la sévérité est parallèle à l'atteinte du nerf optique : Si HTO > 30 mmHg = œdème cornéen : Brouillard visuel intermittent ou halos colorés
- Dyschromatopsie jaune-vert

**Formes cliniques**

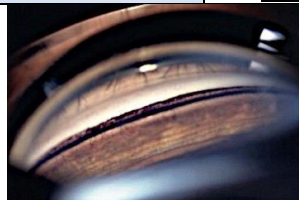
- Glaucome à pression normale : Troubles circulatoires de la tête du nerf optique
- Glaucome du myope fort
- Glaucome juvénile < 40 ans d'évolution rapide & sévère : Héritaire - chromosome 1
- Glaucome CORTISONIQUE : Collyre ou traitement systémique à forte dose
  - Hypertonie oculaire régresse généralement mais inconstamment après l'arrêt
- Glaucome congénital : Syndrome de Sturge-Weber-Krabbe = Angiomasose encéphalo-trigémينية → Larmolement chez le nourrisson avec mégalocornée (∅ > 12 mm)

**Facteurs de risque**

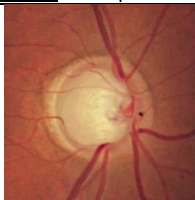
<b>HYPERTONIE OCULAIRE</b>	Hypertonie oculaire > 21 mmHg - Moyenne dans la population générale = 16 mmHg : cf. infra (10 à 21 mmHg)
<b>ATCD FAMILIAUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD familiaux d'hypertonie oculaire ou de glaucome :</li> <li>• 30% des glaucomes ont un caractère héréditaire</li> <li>• 20% des cas d'ATCD familiaux : Transmission autosomique dominante (AD) à pénétrance variable</li> </ul>
<b>ÂGE</b>	- Âge > 70 ans : Incidence du glaucome augmente avec l'âge à partir de 40 ans et en particulier après 70 ans → 10% > 85 ans
<b>Cardio-vasculaire</b>	- HYPOTENSION artérielle NOCTURNE OU ORTHOSTATIQUE et HTA
<b>ETHNIE NOIRE</b>	- Cornée fine → Glaucome plus sévère
<b>MYOPIE FORTE &gt; -6 D</b>	- L'HTO peut être passagère/absente du tableau clinique initial tout comme l'atteinte du champ visuel : « glaucome à pression normale » : 70% chez les asiatiques.
<b>DIABÈTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs de risque de glaucome à pression normale : Femme - Migraineux - Acrosyndrome</li> <li>- Il n'y a pas de chiffre de pression intraoculaire aboutissant systématiquement à un glaucome chronique.</li> <li>- Toutes les hypertensions oculaires ne s'accompagnent pas de glaucome → La tête du nerf optique résiste bien à l'hypertension</li> </ul>

**Diagnostic**

<b>EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACUITÉ VISUELLE CONSERVÉE +/- diminuée au stade tardif</li> <li>- Œil calme - blanc - indolore</li> <li>- Chambre antérieure profonde + Pupille normalement réactive (sauf à un stade tardif : RPM ↓)</li> <li>- Hypertonie oculaire &gt; 21 mmHg au tonomètre à aplanation de Goldmann (ou à air pulsé) mais parfois normale.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est parfois nécessaire de réaliser une pachymétrie cornéenne car les cornées minces ou épaisses modifient la mesure du TO → Mesure normale = 520 à 580 microns</li> </ul> </li> <li>- Angle irido-cornéen ouvert &gt; 180° en gonioscopie : Synéchies - Pigments anormaux dans le trabéculum</li> <li>- Fond d'œil : Papille excavée : creusée en son centre par raréfaction progressive des fibres nerveuses du nerf optique avec atrophie papillaire +/- Hémorragies péri-papillaires en flammèches (signes péjoratifs)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup / Disc &gt; 0,2-0,3 (= Rapport entre la surface d'excavation et celle de la papille)</li> <li>→ Corrélation positive entre l'importance de l'excavation et la TO avec l'altération du CV et BAV.</li> </ul> </li> </ul>
<b>TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE</b>	- Mesure de l'épaisseur des fibres optiques PAPILLAIRES (OCT) : Permet d'objectiver une atteinte glaucomateuse très précoce avant les altérations visuelles.
<b>PÉRIMÉTRIE Champ visuel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Périmétrie cinétique de Goldmann → Ne pas cocher en QCM, très peu utilisée vs. Automatisée</li> <li>→ Périmétrie statique automatisée de Humphrey (suivi) si vision centrale faible ou patient non coopérant</li> <li>- Scotome arciforme de Bjerrum : partant de la tache aveugle et contourant le point de fixation → « En canon de fusil »</li> <li>- Ressaut nasal (Ressaut nasal physiologique, mais accentué dans le glaucome)</li> <li>- En absence de traitement : Champs visuel réduit à un simple croissant temporal et un îlot central de vision</li> </ul>



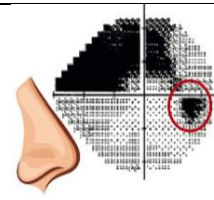
Angle normal - Synéchies



Excavation papillaire glaucomateuse

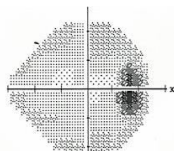


Périmétrie cinétique de Goldman atteignant le point de fixation



Périmétrie statique : Ressaut nasal

**Savoir lire une Périmétrie**



Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**Pièges QCM : HANDICAP VISUEL des patients glaucomateux = ALTÉRATION DU CHAMPS VISUEL**  
Et non par la baisse d'acuité visuelle.

**Traitement**

<p><b>MÉDICAL</b> → <b>Traitement médical prescrit « À VIE » et ne doit pas être interrompu inopinément.</b></p>	<p><b>Diminution de la Sécrétion de l'humeur aqueuse = S-ABA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collyre <b>béta-bloquant</b></li> <li>- Collyre agoniste <b>alpha<sub>2</sub> - adrénergique</b></li> <li>- <b>Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique</b> (collyre)</li> </ul>	<p><b>Augmentation de l'Élimination de l'humeur aqueuse = E-PAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collyre à base de <b>prostaglandine</b></li> <li>- <b>Adrénaline</b> = Collyre agoniste <b>alpha<sub>2</sub> - adrénergique</b></li> <li>- Collyre <b>myotique para-sympatho-mimétique</b> (ex : Pilocarpine)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1<sup>ère</sup> intention : Monothérapie par prostaglandine +/- Bithérapie</b></li> <li>• <b>Collyre à base de prostaglandine</b> (Xalatan® - Travatan® - Lumigan®) : 1 goutte le soir</li> <li>✓ <b>Effets secondaires</b> : Rougeur - Irritation oculaire - Coloration de l'iris - Pousse des cils</li> <li>• <b>Collyre béta-bloquant</b> (Timoprol®) : 1 goutte matin &amp; soir (LP /J)</li> <li>✓ <b>Effets secondaires</b> : Bradycardie sévère (&lt; 45-50 bpm) - Asthme - BPCO sévère - BAV II ou III</li> <li>- <b>2<sup>ème</sup> intention</b> : Autres collyres hypotonisants sans dépasser en règle une « trithérapie »</li> <li>- En attente de chirurgie : <b>Acéthalozamide PO</b> (Diamox®) + DiffuK</li> <li>✓ <b>Effets secondaires</b> : Acidose métabolique - HypoK<sup>+</sup> - Lithiase rénale</li> <li>✓ <b>Contre-indications</b> : IR<sub>EN</sub> - IHC sévère - Allergie aux sulfamides - ATCD de lithiase urinaire</li> </ul>	

<p><b>TRABÉCULOPLASTIE AU LASER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Photo-coagulation sélective de l'angle irido-cornéen au laser ARGON</b> : rétraction du tissu trabéculaire et permet de faciliter l'écoulement de l'humeur aqueuse</li> </ul>
---	---

<p><b>CHIRURGIE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Méthode : Fistulisation sous-conjonctivale de l'humeur aqueuse</b></li> <li>• Incision conjonctivale</li> <li>• Volet scléral lamellaire qui permet d'aborder le canal de Schlemm par voie externe</li> <li>• <b>Sclérotomie profonde</b> : Résection du mur externe du canal de Schlemm</li> <li>• Ou <b>Trabéculéctomie</b> : Drainage de l'humeur aqueuse en excès vers l'espace sous-conjonctival</li> <li>- <b>Complication de la trabéculéctomie</b> (rares) :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Endophtalmie aiguë : Infection du globe oculaire par la fistule.</b></li> <li>• <b>Décollement de RÉTINE</b> (comme toute chirurgie oculaire)</li> <li>• <b>Hypotonie intraoculaire précoce avec DÉCOLLEMENT CHOROÏDIEN</b> → Phtyxe (atrophie) du globe oculaire</li> <li>• <b>Cataracte</b> (comme toute chirurgie oculaire)</li> <li>• <b>Endophtalmie chronique</b></li> <li>• Trajet créé lors d'une trabéculéctomie entre la conjonctive et la chambre antérieure) : Apparition possible &gt; 10 ans !</li> <li>• <b>Fibrose sous-conjonctivale</b> : Fermeture progressive et prématurée de la voie de drainage</li> <li>• <b>FdR : Jeune - Mélanoderme</b></li> <li>• <b>Prévention</b> de la cicatrisation :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Anti-métabolique</b> : Mitomycine C - 5FU</li> <li>❖ <b>Implant de drainage placé à l'intérieur de la chambre antérieure</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
-------------------------	--

**LE GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ET HYPERTONIE OCULAIRE (même non compliquée de glaucome) SONT DES FACTEURS DE RISQUE D'OCCLUSION VEINEUSE CENTRALE DE RÉTINE**

Nb : Attention, l'hypertonie oculaire ne favorise pas le GAFA

**Suivi**

**Tension oculaire** (ne pas reprendre de mesure de l'épaisseur cornéenne en pachymétrie) - **Fond d'œil - Champ visuel /6 mois**

**Par cœur : ÉTIOLOGIE D'HYPERTENSION OCULAIRE**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glaucome chronique ou aigu</li> <li>- Chirurgie de la cataracte ou Pseudo exfoliation capsulaire</li> <li>- Rétinopathie diabétique (obstruction des canaux de résorption de l'humeur aqueuse)</li> <li>- Corticothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uvéite herpétique</li> <li>- OVCR</li> <li>- Greffe cornéenne</li> <li>- Traumatisme oculaire → Possible HTO tardive des années après</li> </ul>
---	---

**ATROPHIE OPTIQUE**

- **GLAUCOME CHRONIQUE à ANGLE OUVERT**
- **GLAUCOME AIGU à ANGLE FERMÉ**
- **HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE NON TRAITÉE** (œdème de stase)
- **Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA)**
- Atrophie optique compressive → Gliome du nerf optique - **Adénome de l'hypophyse** - Méningiome selle turcique - Anévrisme de la carotide - Craniopharyngiome
- Atrophie optique héréditaire
- Atrophie optique post-traumatique : Fracture compressive - Hématome - Corps étranger
- Syndrome de Foster-Kennedy : Tumeur cérébrale frontale
  - Atrophie optique HOMOLATÉRALE par processus compressif de l'étage antérieur du crâne
  - Œdème papillaire CONTROLATÉRAL par HTIC

**« L'ASTUCE du PU » - DYSCHROMATOPSIES**

- Bleu-jaune = Antipaludéens de synthèse (maculopathie)
- Rouge-vert = Antituberculeux (Éthambutol ou Isoniazide) - NORB - Maladie de Stargardt (hérédo-dégénérescence centrale)
- Jaune-Vert = Glaucome chronique à angle ouvert

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |















# Oto-rhino-laryngologie & Chirurgie maxillo-faciale

1. Développement bucco-dentaire et anomalies
2. Épistaxis
3. Dysphonie
4. Altération de la fonction auditive
5. Pathologie des glandes salivaires
6. Douleurs buccales
7. Vertige
8. Déficit neurosensoriel lié à l'âge
9. Infection naso-sinusienne
10. Rhinopharyngite & Angine
11. Otites
12. Pathologies non tumorales de la muqueuse buccale
13. Dyspnée laryngée
14. Adénopathie cervicale superficielle
15. Tumeurs des voies aéro-digestives supérieures
16. Tumeurs des os de la face
17. Fracture du rocher
18. Traumatisme maxillo-facial
19. Infections aiguës des parties molles d'origine dentaire

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



RHINITE AIGUË

RHINITE AIGUË INFECTIEUSE DE L'ADULTE : « RHUME BANAL »  
= **infection virale** (Rhinovirus, virus influenzae, coronavirus)

**Affection épidémique et contagieuse**, fréquente (0 à 4 /an) : **AUTOMNE ET HIVER** dont la déclaration est favorisée par une baisse transitoire de l'immunité. (fatigue, stress, surmenage)

- **Clinique** : **Durée = 5 à 20 jours**
- Initial : Sentiment de lassitude vague, frissonnement, pesanteur de la tête +/- courbatures
- Atteinte du rhinopharynx : sécheresse, cuisson, brûlure - Atteinte des fosses nasales : prurit, éternuement, rhinorrhée, larmolement
- **Obstruction nasale** (unilatérale, bilatérale ou à bascule) avec **écoulement**
  - 1<sup>ère</sup> phase : **Séieux, indolore, filant et irritant**
  - 2<sup>ème</sup> phase (J3) : « **jaune-vert** » et **épaisse**
  - 3<sup>ème</sup> phase : **Sécrétion muqueuse et claire, quantité en diminution** → Disparition de l'obstruction nasale
- Céphalées frontales avec sensation de plénitude de la face +/- oreilles (peu ou pas de fièvre)
- **Rhinoscopie** : **Muqueuse nasale très rouge - Hypertrophie des cornets inférieurs**
- **Complication (rare)** : Sinusite aiguë

Formes cliniques

<b>NOURRISSON</b>	- <b>Enfant &lt; 6 mois à respiration nasale exclusive</b> : Obstruction nasale +/- bilatérale → DRA
<b>ENFANT</b>	- <b>Respiration buccale bruyante - Fièvre &lt; 38,5°C</b> - <b>Clinique</b> : • Rhinorrhée antérieure muco-purulente bilatérale - Rhinorrhée postérieure (épais tapis de mucus) • Rougeur de la muqueuse pharyngée - ADPs cervicales bilatérales inflammatoires et sensibles
<b>Diagnostiques différentiels ALLERGIES INTERMITTENTES</b>	- Obstruction nasale - Rhinorrhée claire et abondante - Eternuement en slaves - Conjonctivite allergique - Prurit palatin

Traitement

- **Lavages des fosses nasales au sérum physiologique associés au mouchage du nez et/ou aspirations au « mouche-bébé »**
- **Antalgique** en cas de douleurs
- **Antipyrétique** en cas de fièvre
- **Adulte** : **vasoconstricteur par voie nasale** si obstruction nasale invalidante (contre-indication chez le nourrisson/enfant)

**NE PAS PRESCRIRE D'ATB**

SINUSITES AIGUËS

= **Atteinte infectieuse aiguë de la muqueuse d'une ou plusieurs cavités sinusiennes, d'origine virale ou bactérienne**

Anatomie

- **Sinus para-nasaux** = cavités aériennes, creusées dans le massif facial, tapissées par une expansion de la muqueuse respiratoire et communiquant avec les fosses nasales par un orifice (= ostium)
- **Méat supérieur** entre le cornet moyen et supérieur : Drainage du **sinus éthmoïdal postérieur et sinus sphénoïdale**
- **Méat moyen** entre le cornet moyen et inférieur :  
• Drainage du **sinus éthmoïdal antérieur - Sinus maxillaire - Sinus frontal**  
→ **Voie d'abord chirurgicale du sinus maxillaire**
- **Méat inférieur** sous le cornet moyen : Reçoit le **canal lacrymal**.

« L'ASTUCE du PU »  
Pas de sinusite maxillaire chez le nourrisson

→ **Organogenèse** :



Physiopathologie des infections sinusiennes

<b>VOIE NASALE</b>	- Au cours d'une rhinite aiguë (ou barotraumatisme) : • <b>Pneumocoque - Streptocoque - Haemophilus influenzae - Moraxella catarrhalis - Staphylocoque...</b>
<b>VOIE DENTAIRE</b>	- Pour le sinus maxillaire : <b>Germes anaérobies</b>

SINUSITE MAXILLAIRE AIGUË  
= **La plus fréquente**

- **Enfant > 3 ans**
- **Douleur sous-orbitaire UNILATÉRALE PULSATILE**
  - Augmentée à l'effort & **PROCUBITUS** = syndrome douloureux postural
  - Douleur provoquée par la pression des sinus - **Recrudescence VERSPÉRALE** (soir)
- **Obstruction nasale homolatérale** + fécicule → **Écoulement épais, muco-purulent** +/- stries de sang
- **Rhinoscopie** : **Pus au méat moyen du côté douloureux +/- pus au niveau du pharynx = Jetage postérieur**



TDM : Sinusite aiguë maxillaire bilatérale

DIAGNOSTIC CLINIQUE

<b>SINUSITE FRONTALE</b>	<b>SINUSITE SPHÉNOÏDALE</b>
- <b>Douleur frontale sus-orbitaire intense et pulsatile</b> • <b>Irradiation : Héli-crâne</b> - Recrudescence <b>VERSPÉRALE</b> (soir) - Rhinorrhée et obstruction nasale homolatérale	- <b>Céphalées occipitales ou du vertex ou rétro-orbitaires</b> - Diagnostic : <b>TDM des sinus</b>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

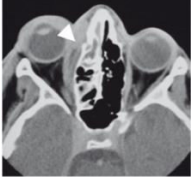
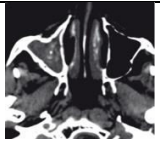
| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## ETHMOÏDITE AIGÜE

Nourrisson - Jeune enfant : **2-3 ans**

<b>FORME OEDÉMATEUSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Œdème palpébral supéro-interne douloureux</b></li> <li>- <b>Fièvre élevée : 39-40°C</b></li> <li>- <b>Suppuration nasale homolatérale +/- sanguinolente</b></li> </ul> <p>Nb : Absence de pus conjonctival (≠ dacryocystite, conjonctivite)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>TDM des sinus : Opacité unilatérale de l'ethmoïde</b></li> </ul>	
<b>FORME COLLECTÉE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Collection</b> entre l'os planum (paroi interne de l'orbite) et périoste = <b>abcès sous-périosté</b></li> <li>→ Refoulement du contenu orbitaire</li> <li>• <b>Exophtalmie douloureuse</b></li> <li>- Diagnostic : <b>TDM des sinus</b></li> <li>- Rechercher des <b>signes de gravités</b> :</li> <li>• <b>Chemosis - Diplopie - Baisse d'acuité visuelle - Ophtalmoplégie +/- complète</b></li> <li>• <b>Mydriase areflexique - Anesthésie de la cornée</b></li> <li>- Traitement en <b>URGENCE</b> : <b>Drainage chirurgical + ATB IV = C3G + Vancomycine + Métronidazole</b></li> </ul>	 TDM : Abscès intra-orbitaire droit avec exophtalmie droite
<b>Forme clinique</b>		
<b>FORMES RÉCIDIVANTES ou TRAÎNANTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinusite unilatérale récidivante (≥ 2 épisodes de même localisation)</li> <li>• <b>Cause dentaire</b> dans les sinusites maxillaires (Aspergillome)</li> <li>• <b>Cause loco-R</b> : tumeur, anomalie anatomique</li> <li>- <b>Forme traînante &gt; 12 semaines = rhino-sinusite chronique</b> : <b>Polypose naso-sinusienne</b> associée à un asthme +/- HRB</li> <li>• Rechercher un syndrome de Widdal</li> </ul>	
<b>FORMES HYPER-ALGIQUES SINUSITE BLOQUÉE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleurs insupportables &amp; insomniantes résistantes aux traitements</b></li> <li>- <b>CORTICOÏDE PO &lt; 7 jours</b></li> <li>- <b>PONCTION DE SINUS</b> (pour soulager la douleur) :</li> <li>• <b>Sinusite maxillaire bloquée</b> : <b>VOIE MÉATALE INFÉRIEURE</b> (AL) ou <b>MÉATOTOMIE MOYENNE</b> (AG)</li> <li>• Sinusite frontale bloquée (clou de Lemoine) : Voie frontale antérieure</li> <li>• Sinusite sphénoïdale bloquée : Voie endonasale</li> </ul>	
<b>FORMES COMPLIQUÉES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Oculo-orbitaires</b> : Cellulite palpébrale - Abscès orbitaire sous-périosté - Cellulite orbitaire</li> <li>- <b>Cérébro-méningée</b> :</li> <li>• Abscès cérébraux - Méningites - Empyèmes sous-duraux</li> <li>• <b>Thrombophlébite du sinus caverneux - Thrombophlébite du sinus longitudinal postérieur</b></li> <li>- <b>Ostéite frontale</b></li> <li>- <b>Abscès jugal</b></li> </ul>	 Greffe aspergillaire
<b>FORMES de l'IMMUNODÉPRIMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rhino-sinusite aiguë fongique invasive</b> : Micro-calcifications multiples intra-sinusal en faveur d'une aspergillose.</li> </ul>	
<b>CHRONIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>UNILATÉRALE</b> : Granulome apical dentaire - Amalgame dentaire dans le fond du sinus maxillaire</li> <li>- <b>BILATÉRALE</b> : DICV - Allergies respiratoires - Mucoviscidose - Syndrome de Kartagener</li> </ul>	

### COMPLICATION de la SINUSITE - SURINFECTION BACTÉRIENNE

- Présence **≥ 2 des critères majeurs** suivants :
  - Sinusite **PERSISTANTE**, voir **AUGMENTATION DES DOULEURS SINUSIENNES** sous-orbitaire malgré un traitement symptomatique > 48h
  - **Type de douleur** : Caractère unilatéral et pulsatile avec augmentation lorsque le tête est penchée en avant, ou son acmé en fin de journée
  - **Augmentation de la rhinorrhée et purulence de la rhinorrhée qui devient unilatérale.**
- **Critères mineurs** renforçant la suspicion diagnostique :
  - Persistance de la fièvre > 3 jours
  - Persistance de l'obstruction nasale, étournelements, gêne pharyngée et toux

<b>INDICATION TDM SINUS &amp; AVIS SPÉCIALISÉ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rhino-sinusite (maxillaire) aiguë compliquée</li> <li>- Ethmoïdite et sinusite frontal aiguë extériorisée</li> <li>- Sinusite sphénoïdale</li> <li>- Rhino-sinusite aiguë persistante malgré traitement adapté</li> <li>- Sinusites récidivantes ou chroniques toujours du même côté (avis spécialiste)</li> </ul>

<b>Doute diagnostique ou suspicion de complication</b>		<b>TDM des SINUS</b>
<b>Sinusite maxillaire aiguë unilatérale SANS contexte de rhinite</b>		<b>Examen clinique dentaire - Panoramique dentaire - Clichés rétro-alvéolaires - DentaSCAN</b>
<b>Traitement</b>		
<b>Adulte</b>		<b>Enfant</b>
<b>G :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antalgiques + vasoconstricteurs nasaux</b> (durée max : 5J)</li> <li>- Désobstruction rhino-pharyngée</li> <li>- <b>Sinusite aiguë hyperalgique</b> : corticoïde PO (durée max : 7J)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antalgiques - Antipyrétiques</b></li> <li>- Désobstruction rhino-pharyngée</li> <li>- Ne pas prescrire de vasoconstricteurs nasaux</li> </ul>
<b>Indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinusite maxillaire aiguë <b>purulente</b></li> <li>- <b>Échec</b> de traitement symptomatique initial ou <b>complications</b></li> <li>- Sinusite maxillaire unilatérale + <b>infection dentaire</b> homolatérale de l'arc dentaire supérieur</li> <li>- <b>Sinusite frontale, sphénoïdale ou ethmoïdale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- +/- sinusite aiguë vs. surveillance avec réévaluation à 3-4 J ou ATB d'emblée</li> <li>- Formes aiguës sévères de sinusites maxillaires ou frontales → Sinusite <b>purulente</b></li> <li>- <b>ETHMOÏDITE</b></li> <li>- <b>Rhinopharyngite prolongée &gt; 10 jours sans signe d'amélioration</b></li> </ul>
<b>1<sup>ère</sup> intention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Amoxicilline PO 2 à 3 g/J x 7 à 10 jours</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sinusite maxillaire aiguë</b></li> <li>• <b>Amoxicilline PO 80 à 90 mg/kg/J en 2-3 prises x 8 à 10 jours</b></li> <li>• Posologie identique à l'OMA purulente.</li> <li>- <b>Ethmoïdite aiguë mineure - Sinusite frontale - Sinusite sphénoïdale</b></li> <li>• Stade fluxionnaire : <b>Ambulatoire avec contrôle à 48h</b></li> <li>• <b>Augmentin PO 80 mg/kg/J en 3 prises</b></li> <li>- <b>Ethmoïdite aiguë supprimée</b> : <b>Hospitalisation</b></li> <li>• <b>Augmentin IV 150 mg/kg/J + aminoside (5mg/kg) IVL x 8 à 10 jours</b></li> </ul>
<b>ion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentin si échec infection dentaire ou sinusite F. S et F</li> </ul>	

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**THROMBOSE VEINEUSE CERVICO-CÉRÉBRALE & INFECTION ORL**

<b>ANGINE</b>	- Syndrome de Lemierre sur angine de Vincent : <b>Thrombose de la veine jugulaire interne</b>
<b>OTITE</b>	- Cholestéatome : Thrombose <b>sinus latéral</b>
<b>SINUSITE</b>	- <b>Thrombophlébite du sinus caverneux</b> - <b>Thrombophlébite du sinus longitudinal postérieur</b>

**« L'ASTUCE du PU » - ANTIBIOTIQUES**

Maladie	Antibiotique	Posologie	Durée en jours
<b>SINUSITE MAXILLAIRE AIGUË SÉVÈRE</b> ou Toute sinusite chez l'adulte	Amoxicilline	80-90 mg/kg/J	8-10
<b>ETHMOÏDITE AIGUË - SINUSITE SPHÉNOÏDALE - SINUSITE FRONTALE SÉVÈRE</b> Enfant	Augmentin	80-90 mg/kg/J	8-10
<b>ETHMOÏDITE AIGUË PURULENTE</b>	Augmentin + Aminoside IV	150 mg/kg/J + 5 mg/kg	8-10
<b>ANGINE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A</b>	Amoxicilline	50 mg/kg/J	6
<b>PHLEGMON PÉRI-AMYGDALIEN</b>	Drainage sous AG + Augmentin IV		10 jours
<b>ADÉNOPHLEGMON LATÉRO-CERVICAL</b>	Augmentin IV		10 à 14 jours
<b>SYNDROME POST-STREPTOCOCCIQUE</b>	- <b>MAJEUR</b> : • Curatif : Repos au lit x 3 semaines - Corticothérapie 2 mg/kg/J - Pénicilline V • Préventif : Pénicilline V x 5 ans - <b>MINEUR</b> : • Curatif : Repos au lit - Salicylés - Pénicilline V x 3 semaines • Préventif : Pénicilline V x 1 an		
<b>OTITE PURULENTE ≤ 2 ans ou &gt; 2 ans avec symptomatologie bruyante</b>	Amoxicilline	80-90 mg/kg/J	≤ 2 ans = 8 J & > 2 ans = 5 J
<b>OTITE MOYENNE AIGUË + CONJONCTIVITE</b>	Augmentin	80 mg/kg/J	≤ 2 ans = 8 J & > 2 ans = 5 J

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




# Pneumologie

1. Troubles du sommeil
2. Infections broncho-pulmonaires
3. Tuberculose
4. Hypersensibilités et allergies respiratoires
5. Asthme
6. Dyspnée
7. Toux chez l'enfant
8. Toux chronique chez l'adulte
9. Hémoptysie
10. Épanchement pleural
11. Opacités et masses intra-thoraciques
12. Insuffisance respiratoire chronique
13. Bronchopneumopathie chronique obstructive de l'enfant
14. Bronchopneumopathie chronique obstructive de l'adulte
15. Hypertension artérielle pulmonaire
16. Maladie thrombotique veineuse - Embolie pulmonaire
17. Tumeurs du poumon
18. Corps étranger des voies aériennes
19. Détresse respiratoire aiguë chez l'adulte
20. Détresse respiratoire aiguë chez le nourrisson et l'enfant
21. Pneumothorax



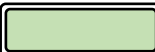






## BONUS

22. EFR & Gaz du sang
23. Ventilation non invasive

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

[www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

<https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



ÉPANCHEMENT PLEURAL - Item 202

Physiopathologie

- **Espace pleural** = Cavité virtuelle au sein de laquelle la **pression est négative** pour maintenir le **poumon en expansion**.
- Physiologiquement, le liquide pleural (production de 5 à 20 mL/J) permet le glissement des deux feuillets pleuraux l'un contre l'autre. Il est en permanence **résorbé par les pores « stromas » lymphatiques situés entre les cellules mésothéliales de la plèvre pariétale et médiastinale**.
- Epanchement pleural = **Déséquilibre entre sécrétion et réabsorption** du liquide qui donne naissance aux pleurésies

Mécanismes

- |  |  |
|--|--|
| <b>TRANSUDAT</b><br><i>Liquide pauvre en protéines</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteinte de l'équilibre sécrétion &amp; réabsorption par anomalie « <b>mécanique</b> » :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déséquilibre entre les pression hydrostatiques (<b>Insuffisance cardiaque - Hypertension portale</b>) et oncotique (hypo-albuminémie par <b>syndrome néphrotique, Insuffisance hépato-cellulaire ou dénutrition sévère</b>)</li> <li>• Augmentation de la pression pleurale : <b>Atélectasie pulmonaire</b></li> <li>• Passage de liquide d'<b>ascite</b> vers la cavité pleurale par les puits de Ranvier</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>EXSUDAT</b><br><i>Liquide riche en protéines</i>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteinte de la plèvre par agression :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inflammatoire - Infectieuse - Néoplasique</b></li> </ul> </li> </ul>  |

Analyses biochimiques

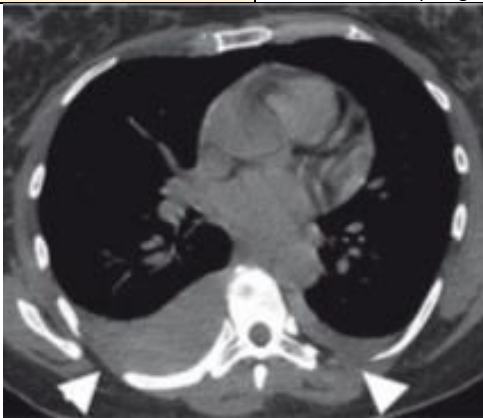
Protides « g/L »	Critères complémentaires de LIGHT	Nature de l'épanchement
< 25 g/L		<b>Transsudat</b>
25 à 35 g/L	<b>LDH &gt; 200 UI/L</b> <i>ou</i> Protides pleuraux/sériques > 0,5 <i>ou</i> LDH pleuraux/sériques > 0,6	Si absence des critère complémentaire : <b>Transsudat</b> Si présence des critères complémentaires : <b>Exsudat</b>
> 35 g/L		<b>Exsudat</b>

Clinique

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur latéro-thoracique</b> +/- Irradiation : <b>épaule ou dos</b></li> <li>• <b>Dépendante de la respiration</b> : Exacerbée par la respiration - toux - pression pariétale</li> <li>- <b>Dyspnée</b> d'installation rapide et d'intensité variable en fonction de l'abondance de l'épanchement.</li> <li>- <b>Toux sèche au changement de position</b> → Signe le caractère <b>non cloisonné</b> de l'épanchement</li> <li>+/- <b>Hyperthermie</b> → Épanchement para-pneumonique avec PNP sous-jacente.</li> <li>- EFR : <b>Trouble ventilatoire RESTRICTIF</b></li> <li>- <b>Syndrome pleural liquidien</b> :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silence auscultatoire : <b>Abolition du murmure vésiculaire</b></li> <li>• <b>Matité à la percussion</b></li> <li>• <b>Abolition de la transmission des vibrations vocales</b></li> <li>• <b>Souffle pleurétique</b> : <b>doux - lointain - voilé - humé - expiratoire</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Frottement pleural</b> si épanchement &lt; 500 mL : <b>rude - rapeux - inspiratoire et expiratoire</b></li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>Recherche de signe de gravité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes de détresse respiratoire si épanchement abondant</li> <li>- Signes de choc septique en cas de pleurésie fébrile</li> <li>- Signes de choc hémorragique évocateur d'hémothorax</li> </ul> |
|---|--|

Examens complémentaires

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>RADIOGRAPHIE DE THORAX DE FACE</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Opacité dense homogène non systématisée, effaçant les contours des éléments de voisinage, non rétractile</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitée par une <b>ligne bordante concave en haut et en dedans</b> : <b>Ligne de Damoiseau</b> (concavité pleurale libre).</li> <li>• +/- <b>Déviations vers le côté sain</b><br/>→ <b>NB : Diagnostic différentiel = Atélectasie pulmonaire : Déviation médiastinale vers l'opacité</b></li> </ul> </li> <li>- Opacité totale d'un hémothorax si épanchement de grande abondance.</li> <li>- <b>RT profil</b> : Épanchement de faible abondance partiellement cloisonné visible derrière la coupole.</li> <li>- Épanchement sous-pulmonaire :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gauche : Augmentation de la distance (≥ 15mm) entre la poche à air gastrique et le poumon</li> <li>• Droite : Surélévation diaphragmatique</li> </ul> </li> <li>- Épanchements cloisonnés : images médiastinales, image arrondie d'un épanchement scissural, image arrondie d'un épanchement postérieur suspendu.</li> </ul> |
| <b>ÉCHOGRAPHIE PLEURALE</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Épanchement liquidien : <b>Image anéchogène</b></li> </ul>  |
| <b>TDM THORACIQUE INJECTÉ</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Non indispensable en urgence pour affirmer le diagnostic sauf si suspicion d'embolie pulmonaire ou d'hémothorax</li> <li>- Permet le repérage des poches cloisonnées : <b>épanchement para-pneumonique</b> compliqué</li> </ul>   |

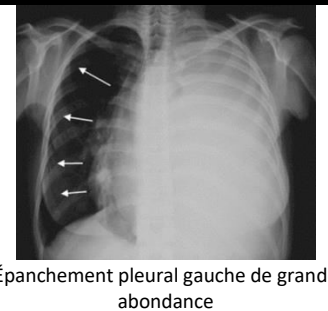
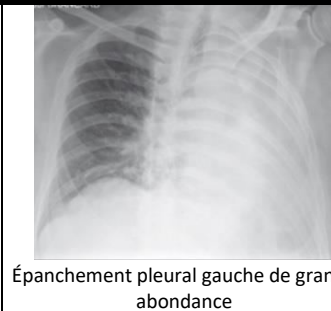
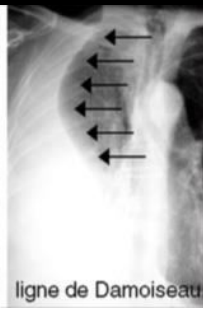
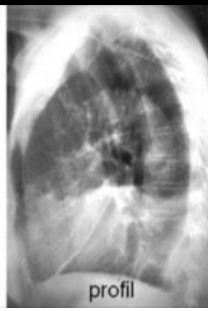


Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





Épanchement pleural gauche de grande abondance

Épanchement pleural gauche de grande abondance

**Etiologies**

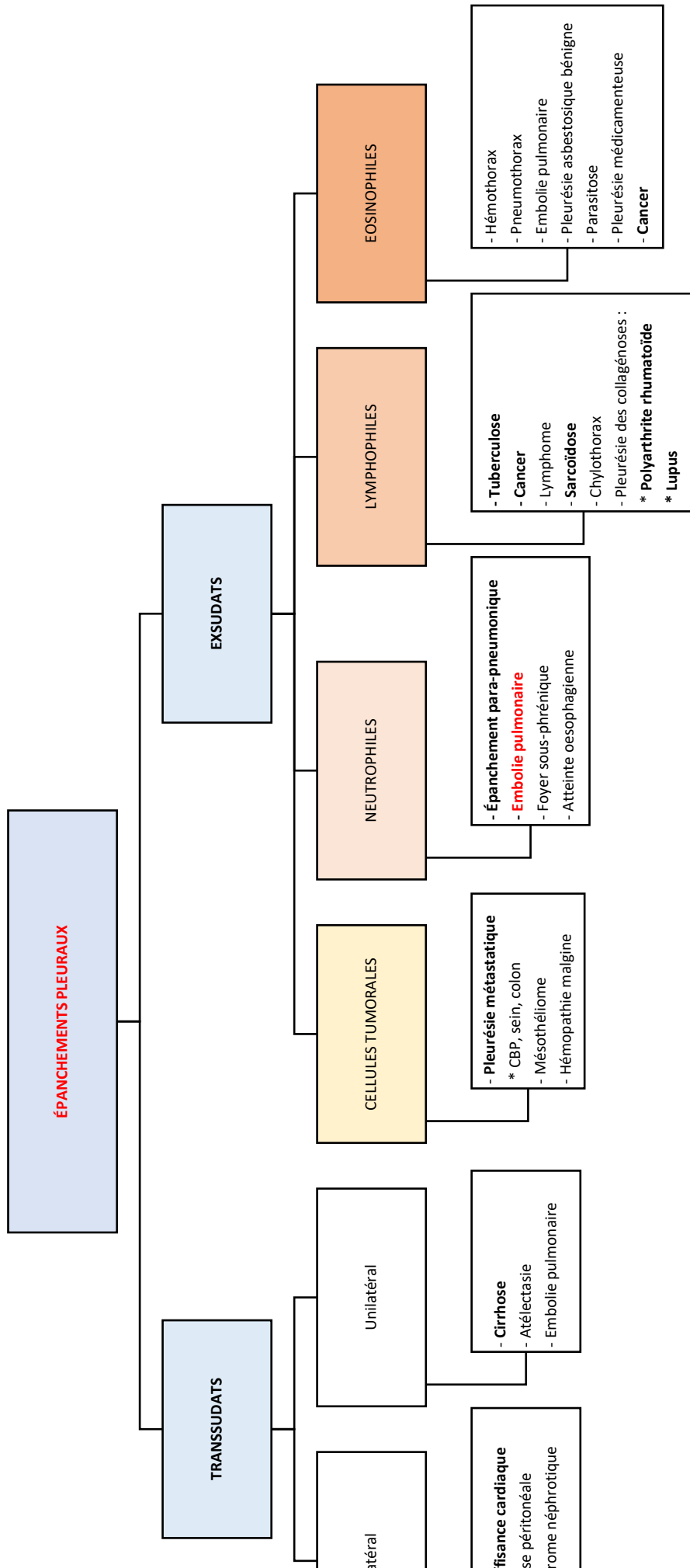
TRANSsudAT		Etiologies	
TRANSsudAT	ICŒUR GAUCHE	-	Cardiomégalie, surcharge vasculaire pulmonaire, comblement alvéolaire, épanchement bilatéral & symétrique
	CIRRHOSE	-	Épanchement : indolore, bien toléré sauf si abondant, unilatéral droit ou prédominance droite
	Sd. NÉPHROTIQUE	-	Mécanisme : Diminution de la pression oncotique capillaire → Épanchement bilatéral & symétrique
	ATÉLECTASIE	-	Augmentation de la pression négative intra-pleurale
	EMBOLIE PULMONAIRE	-	Rare : 20%
EXsudAT	NÉOPLASIQUE	-	<b>PLEURÉSIE MÉTASTATIQUE : Les plus fréquentes</b>
		• Primitif « COPS » : <b>Poumon - Sein &gt; Œsophage &gt; Colon</b> (Primitif inconnu : 10%)	
	• Épanchement <b>abondant et récidivant</b> , après évacuation : <b>TDM</b>		
	✓ Liquide : séro-hématique, rosé ou citrin		
	✓ Cytodiagnostic : cellules tumorales (30%) → Affirmation du diagnostic si K. connu, sinon : <b>Biopsie pleurale</b>		
	• <b>Biopsie</b> : à l'aveugle ou sous contrôle thoracoscopique (sédation ou AG)		
	-	<b>TUMEUR PRIMITIVE DE LA PLÈVRE : Mésothéliome : cf. infra</b>	
INFECTIEUX	BACTÉRIEN PARA-PNEUMONIQUE	-	<b>ÉPANCHEMENT PARA-PNEUMONIQUE « NON COMPLIQUÉ »</b>
		• <b>Épanchement de faible abondance - Liquide clair</b>	
	• <b>Absence de germe</b> à l'examen direct et en culture		
• +/- pH > 7,2			
→ <b>Antibiothérapie simple</b> +/- Évacuation optionnelle du liquide			
-	<b>ÉPANCHEMENT PARA-PNEUMONIQUE « COMPLIQUÉ »</b>		
• <b>Épanchement abondant : dépasse le niveau du hile, cloisonné ou purulent</b>			
• <b>Présence de germes</b> à l'examen direct ou en culture			
• +/- pH < 7,2 ou LDH > 1000 ou glycopleurie < 2,2 mmol/L			
→ <b>Antibiothérapie + Évacuation du liquide pleural</b> (ponction itérative ou drain)			
NB : Possibilité de débridement par thoracoscopie : effondrement des logettes qui cloisonnent l'épanchement.			
VIRAL	-	+/- Associé à une péricardite : <b>Pleuro-péricardite virale</b>	
-	Épanchement peu abondant : forme lymphocytaire ou mixte, non spécifique		
TUBERCULOSE	-	<b>Pleurésie séro-fibrineuse</b> (≠ pyopneumothorax lié à la rupture d'une cavité tuberculeuse dans la plèvre)	
	• Décours immédiat (6 à 12 semaines) d'une primo-infection		
• Secondaire après réactivation d'un foyer tuberculeux ancien			
-	Ponction pleurale : Exsudat riche en protéines et lymphocytes (BAAR rares)		
-	Biopsies		
AUTRES	EMBOLIE PULMONAIRE	-	20% des embolies pulmonaires : <b>Épanchement peu abondant</b>
	• Liquide citrin ou séro-hématique, formule aspécifique		
	• 80% : Exsudat		
	AMIANTE <i>Diagnostic d'exclusion</i>	-	Exposition à l'amiante
	-	Radio : plaques plurales calcifiées	
	-	Ponction : liquide lymphocytaire	
POST-TRAUMATIQUE	-	Immédiat : hémorragique	
-	Retardé de 1 à 2 mois : liquide citrin		
RUPTURE ŒSOPHAGIENNE	-	Pleurésie gauche avec niveau liquidien associé.	
PATHOLOGIE SOUS-DIAPHRAGMATIQUE	-	<b>Pancréas</b>	
MALADIE DE SYSTÈME	-	<b>Lupus érythémateux disséminé</b> (pleuro-péricardite)	
-	<b>Polyarthrite rhumatoïde</b> (unilatéral)		

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

<https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |





Traitement : **Ponction pleurale**

La majorité des épanchements pleuraux doivent faire l'objet d'une ponction à visée diagnostique

**Contre-indications**

- **Épanchement de faible abondance :**
  - Épaisseur à l'échographie < 10 mm
  - Radio. de profil : « ligne bordante » < 10 mm
- Patient porteur d'une **insuffisance cardiaque gauche**.

**La ponction en 1<sup>ère</sup> intention**

- **Épanchement unilatéral ou asymétrique**
- **Présence de douleur de type pleurale ou de fièvre**
- **Absence de modification après traitement de l'insuffisance cardiaque.**

**Ponction en URGENCE**

- **Épanchement fébrile**
- **Suspicion d'hémothorax**
- **Mauvaise tolérance clinique**

**RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE CONTRÔLE SYSTÉMATIQUE**  
ou échographie thoracique **POST-PONCTION**

**Méthode**

- Ponction en pleine matité chez un patient assis, le dos rond après anesthésie à la Lidocaïne®
- 2 travers de doigts sous la pointe de la scapula, au **bord supérieur de la côte inférieure dans l'espace inter-costal**
- Après contrôle du **bilan de coagulation**
- **Après repérage échographique : Trajet perpendiculaire ou vers le bas → Progression le vide à la main**

**Faut-il évacuer tout le liquide quand on ponctionne ?**

**OUI**

- Si intérêt pour enquête étiologique, pour étude TDM du parenchyme pulmonaire
- Épanchement para-pneumonique non cloisonné

**NON**

- Épanchement bien toléré pour faciliter la mise en place d'un drain
- Épanchement mal toléré : évacuer 1 à 2L.

**Analyse du liquide pleural**

→ **Tout épanchement qui n'est pas citrin et clair = Exsudat.**

<b>1<sup>ÈME</sup> INTENTION</b>	<b>EXAMEN MACROSCOPIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Purulent</b> : +/- odeur fétide dans les empyèmes = Pyothorax</li> <li>- <b>Hémorragique</b> : post-traumatique ou néoplasie</li> <li>- <b>Lactescent</b> (chyleux) : chylothorax</li> </ul>
	<b>BIOCHIMIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protides</li> <li>- LDH</li> </ul>
	<b>CYTOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Leucocytes</b> : Transsudat &lt; 1000 /uL &amp; Exsudat &gt; 1000 /uL</li> <li>- <b>Polynucléaires neutrophiles</b></li> <li>- <b>Eosinophiles</b></li> <li>- <b>Cellules tumorales + immuno-marquage (TTF1, CK7 et CK20)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si positif, <b>biopsie pleurale</b> chez le patient non porteur de cancer primitif connu</li> </ul> </li> </ul>
	<b>BACTÉRIOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de germes pyogènes et mycobactéries</li> </ul>
<b>2<sup>ÈME</sup> INTENTION</b>	<b>pH PLEURAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si doute sur épanchement pleural fébrile</li> </ul>
	<b>HÉMATOCRITE PLEURALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas d'épanchement macroscopique sanglant dans un contexte traumatique <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hématocrite pleurale/sang &gt; 0,5 = Hémothorax</b></li> </ul> </li> </ul>
	<b>AMYLASE PLEURALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspicion de pathologie pancréatique et sous-phrénique</li> </ul>
	<b>GLUCOSE INTRA-PLEURALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pleurésie rhumatoïde et épanchement para-pneumonique compliqué : glucose pleural &lt; 2,2 mmol/L</li> </ul>
	<b>TRIGLYCÉRIDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chylothorax : TG pleural &gt; 1,1 g/L (1,2 mmol/L)</li> </ul>

**MÉSOTHÉLIOME**

= Tumeur primitive de la plèvre à **DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

**Facteurs de risque**

- Exposition professionnelle à l'**AMIANTE**
- **Prédominance masculine - 600 cas /an**
- Délai de prise en charge : **40 ans**
- Exposition à l'amiante non retrouvée dans 20 à 30% des cas
- **ALD 30 : 100%**
- **TABLEAU DES MALADIES PROFESSIONNELLES n° 30** (Attention CPB primitif : n° 30bis)

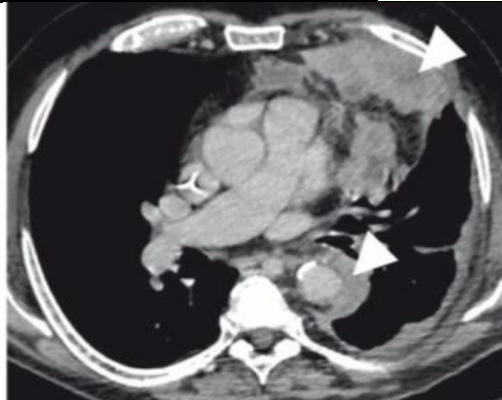
**Clinique**

- Initialement : Asymptomatique
- **DOULOUREUX** au stade avancé

**Examens complémentaires**

- **TDM thoracique** :
  - **Festonnement pleural, épaississement pleural diffus circonférentiel**
  - +/- **Atteinte de la plèvre médiastinale, du péricarde - Scissurite**
  - **Rétraction de l'hémithorax homolatéral**
  - **Signes d'exposition à l'amiante : Plaques pleurales calcifiées BÉNIGNES**
- **Ponction pleurale** : citrin ou séro-hématique avec formule aspécifique = **EXSUDAT**
- **Biopsie de la plèvre sous vidéo-thoroscopie** → Indispensable

**Traitement**  
**Chimiothérapie**  
**Cisplatine + Anti-métabolite**



Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |


| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |




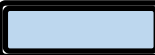






# Psychiatrie

1. Soins psychiatriques sans consentement
  2. Sexualité
  3. Facteurs de risque des troubles psychiques
  4. Classification des troubles mentaux
  5. Offre de soins en psychiatrie
  6. Schizophrénie
  7. Troubles bipolaires
  8. Trouble délirant persistant
  9. Troubles anxieux
  10. Trouble envahissant du développement
  11. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum
  12. Troubles psychiatriques du sujet âgé
  13. Troubles des conduites alimentaires
  14. Troubles somatoformes
  15. Psychothérapies
  16. Psychotropes
  17. Addiction au tabac
  18. Addiction à l'alcool
  19. Addiction aux médicaments psychotropes
  20. Addiction aux substances illicites
  21. Addictions comportementales
  22. Dopage
  23. Handicap psychique
  24. Douleur en santé mentale
  25. Deuil
  26. Agitation et délire aigu
  27. Attaque de panique
  28. Risque et conduite suicidaire
- BONUS
29. Lexique psychiatrique
  30. Intoxications par les médicaments psychotropes

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Diagnostic différentiel

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**ANOREXIE MENTALE - Anorexia nervosa**

Epidémiologie	Evolution
<p><b>Prévalence vie entière = 0,6%</b>  <b>Mortalité = 1% /an</b>                  Prédominance féminine 8F/1H                  Âge au diagnostic : <b>15-25 ans</b> lors de la transformation corporelle</p>	<p><b>Rémission complète : 30 à 50%</b>                  Rémission partielle : 30% - Rechutes fréquentes : 50% - <b>Chronique : 30%</b>  <b>Décès : 5 à 10% dans les 10 ans post-diagnostic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACR (TdR) - Déséquilibre métabolique - Infection - Suicide</li> </ul>

**DIAGNOSTIC CLINIQUE**

Sémiologie - Critères DSM5	
Questionnaire de dépistage : SCOFF/EAT - EDE/EDI	
<b>Durée &gt; 3 mois</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RESTRICTION</b> des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas → <b>Règles inflexibles</b></li> <li>- <b>PEUR INTENSE DE PRENDRE DU POIDS</b> et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale : Pesé ou vérification de la silhouette plusieurs fois par jour</li> </ul> <p>→ <b>DISTORSIONS COGNITIVES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ALTÉRATION DE LA PERCEPTION DU POIDS ou DE LA FORME</b> de son propre corps : <b>dysmorphophobie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle) - Préoccupations excessives</li> <li>• Croyances erronées sur les aliments et fonctionnement digestif - Évitement alimentaire</li> <li>• Anomalies neuropsychologiques - Traits obsessionnels - Surinvestissement intellectuel - Altération de la sexualité</li> </ul> </li> <li>- <b>DÉNI DE LA MAIGREUR</b> : Manque de reconnaissance persistant de la <b>gravité</b> de la maigreur actuelle - Banalisée - <b>Absence de conscience du trouble</b> (NO-insight)</li> </ul>	

TYPE RESTRICTIF	TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUE-PURGATIFS
<p><b>Au cours des 3 derniers mois</b> : la perte de poids est essentiellement obtenue par le <b>régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperactivité physique (en particulier la danse ou sport en compétition)</li> <li>- Exposition accrue au froid</li> </ul>	<p><b>Au cours des 3 derniers mois</b> : Présence de <b>crises d'hyperphagie</b> récurrentes et/ou a recouru à des <b>vomissements provoqués</b> ou à des <b>comportements purgatifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vomissements</b> provoqués</li> <li>- Prise de <b>laxatifs</b> → Risque d'hypokaliémie +/- mélanose colique</li> <li>- Prises de <b>diurétiques</b> - Coupe-faim</li> <li>- <b>Hormones thyroïdiennes - Dérivés des amphétamines</b></li> <li>- <b>Potomanie</b> → Risque d'hyponatrémie</li> </ul>

**Signes cliniques associés**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>AMÉNORRHÉE</b> = hypopituitarisme d'origine <b>HYPOPHYSAIRE</b> (primaire ou secondaire) = Diminution des pics pulsatiles de la GnRH et de FSH responsable d'une absence d'ovulation mais en pratique des ovulations peuvent parfois avoir lieu, ce qui peut mener à des grossesses non désirées → Moyens contraceptifs à mettre en place même si aménorrhée.</li> <li>- <b>LANUGO</b></li> <li>- Ostéoporose - Retard de croissance :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carence en vit. D - Hypercatabolisme osseux lié à la carence oestrogénique</li> </ul> </li> <li>- OMI - <b>HYPONATREMIE - HYPOCALCEMIE - HYPOKALIEMIE</b> - IRE<sub>IN</sub> fonctionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amyotrophie - Hypoglycémie +/- malaise</li> <li>- Anémie carencielle : 15%</li> <li>- Thrombopénie - Lymphopénie - Leucopénie</li> <li>- Stéatose hépatique</li> <li>- Troubles du rythme</li> <li>- HypoTA - <b>Hypothermie</b></li> <li>- Troubles digestifs : RGO - Retard de la vidange gastrique</li> <li>- <b>Hypertrophie des glandes salivaires - Érosions dentaires</b></li> <li>- Syndrome de Malory-Weiss</li> </ul>
---	--

**Formes spécifiques**

<b>HOMME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rare et mauvais pronostic : corps musclé et sans graisse</li> <li>- Trouble de la personnalité, identité sexuelle +/- psychotique</li> </ul>
<b>PRÉ-PUBÈRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus alimentaire + hyperactivité comportementale</li> </ul>

**Diagnostics différentiels**

Somatiques	Psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumeurs cérébrales (TC et craniopharyngiome)</li> <li>- Leucémie</li> <li>- Maladie du tractus digestif : MICI - Achalasie de l'œsophage</li> <li>- Hyperthyroïdie</li> <li>- Diabète insulino-dépendant</li> <li>- Pan-hypopituitarisme - Maladie d'Addison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOC</li> <li>- Trouble psychotique chronique : schizophrénie</li> <li>- Phobie alimentaire</li> <li>- Épisode dépressif caractérisé +/- majeur</li> <li>- Trouble de la personnalité (Borderline, évitante et obsessionnelle)</li> </ul>

**Comorbidités psychiatriques**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dépression</b> : 70% → <b>RISQUE SUICIDAIRE</b></li> <li>- TOC : rituels de rangement, vérifications &amp; lavages</li> <li>- Phobie sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles anxieux généralisés</li> <li>- Personnalité borderline ou état limite : automutilation...</li> <li>- Addiction : psychotrope (psychostimulant)</li> </ul>
---	---

**Examens complémentaires du RETENTISSEMENT**

<b>BIOLOGIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NFS - Plaquettes - CRP</b></li> <li>- <b>Ionogramme sanguin &amp; urinaire - Urée - Créatinine - DFG - Bilan phosphocalcique - 25-OH-D<sub>3</sub> - Albumine/Pré-albumine</b></li> <li>- <b>BHC - TSH - Toxiques urinaires</b></li> </ul>
<b>PARACLINIQUES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Électrocardiogramme : QT long - Tachycardie (FA-TV) - Pause sinusale - Onde T négative au-delà de V3 avec sus-décalage ST</b></li> <li>- <b>Ostéodensitométrie à 6 mois puis /2 ans - Impédancemétrie</b> (% de masse grasse)+/- <b>Imagerie cérébrale</b></li> </ul>

**CRITÈRES D'HOSPITALISATION**

Attention, la fièvre n'est pas un motif d'hospitalisation

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Perte de poids ≥ 20% en 3 mois (≥ 2kg/semaine si &lt; 18 ans)</b></li> <li>- <b>Enfant : IMC &lt; 12.7 à 13-14 ans - IMC &lt; 13.2 à 15-16 ans - IMC &lt; 14 si &gt; 17 ans</b></li> <li>- Malaises - Chutes - Pertes de connaissance - <b>Vomissements incoercibles</b></li> <li>- Restriction extrême : refus de manger ou de boire - <b>Aphagie</b></li> <li>- Échec de renutrition ambulatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Amyotrophie importante - Hypotonie axiale - Hypothermie - HypoTA</b></li> <li>- <b>Anomalies ECG - Bradycardie &lt; 40 bpm - Hypoglycémie - Cytolyse &gt; 10N</b></li> <li>- <b>Troubles hydro-électrolytiques ou métaboliques sévères - Insuffisance rénale</b></li> <li>- Leucopénie ou neutrophilie</li> <li>- <b>Tentative de suicide</b> ou <b>projet suicidaire</b> précis - <b>Automutilations répétées</b></li> </ul>
---	---

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



### Facteurs de mauvais pronostic

- Délai important avant prise en charge
- **Forme à début tardif ou très précoce**
- **Déni de la maladie (> 4 ans) - Comorbidité psychiatrique**
- **SEXE MASCULIN**
- Mauvaise qualité de vie relationnelle, sexuelle et socio-familiale
- **VOMISSEMENTS** associés

### Traitement

**Multidisciplinaire - Interrompue - Prolongée > 1 an après la rémission**

- **OBJECTIFS PONDERAUX « CONTRACTUALISÉS »**
  - **Renutrition - Rééducation nutritionnelle et diététique** : alimentation qualitative et quantitativement correcte & comportements adaptés
  - Attention au **SYNDROME DE RENUTRITION**
- **PROGRAMME DE SOINS** (3 à 4 mois)
- **Corriger les distorsions cognitives - Attitudes dysfonctionnelles - Renforcer le « moi » - Améliorer les relations interpersonnelles**
- **THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE > 1 an** - Thérapie de soutien - Entretiens motivationnels - Thérapie familiale ou systémique - Thérapie d'inspiration analytique +/- Médiation corporelle
- Absence de pharmacologie spécifique
- +/- ANTI-PSYCHOTIQUE (allongement QT) +/- ANTI-DÉPRESSEUR si sd. spécifiques dominent le tableau (Sd. dépressif - Anxiété - TOC), éviter la fluoxetine (anorexigène)

## BOULIMIE MENTALE - Bulimia nervosa

### Epidémiologie

- **Prévalence vie entière = 1 à 1.5% - Taux de mortalité : 2% /10 ans**
- **Prédominance féminine 3F/1H - Zone urbaine - Guérison à 12 ans : 70%**
- **Âge au diagnostic : 10-19 ans** lors de la transformation corporelle
- Bon niveau intellectuel et/ou social dans les suites d'un régime restrictif ou de vomissements provoqués
- Fluctuation pondérale (+/- 2 à 5kg) mais la **BOULIMIE EST À POIDS NORMAL.**

### Sémiologie - Critères DSM5

SCOFF, BULIT-R ou BITE

### DIAGNOSTIC CLINIQUE

**Fréquence > 1 /semaine pendant > 3 mois**

#### HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE : « Craving » - Hypercalorique

- Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne en peu de temps (< 2h)
- Associées à une impression de **PERTE DE CONTRÔLE** des quantités ingérées ou l'impossibilité de s'arrêter.

#### COMPORTEMENT COMPENSATOIRES VISANT A EVITER LA PRISE DE POIDS

- **Vomissements provoqués (+/- culpabilité) - Prise de laxatifs ou de diurétiques - Jeûnes - Exercice excessif - Restriction alimentaire « inter-crisis »**
- **Fluctuations pondérales rapides de l'ordre de 2 à 5 kg - Fatigue intense.**

#### ALTÉRATION DE LA PERCEPTION DU POIDS ET DE LA FORME

Estime de soi perturbée - **Dysmorphophobie**

→ **PATIENT CONSCIENT DE SON TROUBLE** (en souffrance) - **Culpabilité**

Nb : Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

**Retentissement et comorbidités identiques à ceux de l'anorexie hors :**

- **Syndrome pseudo-occlusif et prise de poids dans la boulimie**

### Diagnos différentiels

#### Somatiques

- Tumeurs cérébrales et formes d'épilepsies
- **Sd. Klein-Levin** : Hyperphagie - Hypersomnie périodique
- **Sd. Klüver-Bucy** : Hyperphagie - Agnosie visuelle - Hyperoralité - Hypersexualité

#### Psychiatriques

- Episode dépressif caractérisé
- Trouble de la personnalité : **Borderline**
- **Hyperphagie boulimique** = Frénésie alimentaire SANS compensation → **obésité**
- **Anorexie mentale de type accès hyperphagique/purgatif**

### Comorbidité psychiatrique

- **Addictions (35%)** : Alcool - Tabac - Anxolytique
- **Episode dépressif caractérisé** → **RISQUE SUICIDAIRE**
- Trouble bipolaire
- Troubles anxieux généralisés
- Phobie sociale
- Personnalité borderline ou état limite : automutilations...

### Examens complémentaires → Idem anorexie.

#### BIOLOGIQUE

- **NFS - Plaquettes - CRP**
- **Ionogramme sanguin & urinaire - Urée - Créatinine - DFG - Bilan phosphocalcique - 25-OH-D<sub>3</sub> - Albumine/Pré-albumine**
- **BHC - TSH - Toxiques urinaires**

#### PARACLIQUES

- **Électrocardiogramme - Ostéodensitométrie +/- Imagerie cérébrale (ne pas faire d'impédancemétrie)**

### CRITÈRES D'HOSPITALISATION

Attention, la fièvre n'est pas un motif d'hospitalisation

- **Modification brutale du poids ou cassure de la courbe de croissance**
- **Sévérité des crises et fréquence élevée (> 8 /semaine)**
- **Échec de stratégie ambulatoire**
- Conduites compensatoires mettant en danger la vie du patient
- Incapacité à contrôler les comportements compensatoires
- **État de mal boulimique - Signes cliniques de dénutrition**
- **Amyotrophie importante Hypotonie axiale - Hypothermie - HypoTA**
- **Anomalies à l'ECG - Bradycardie - Hypoglycémie - Cytolyse (ASAT ou ALAT) > 10N**
- **Troubles hydro-électrolytiques ou métaboliques sévères - Insuffisance rénale**
- Leucopénie ou neutrophilie
- **Tentative de suicide** ou **projet suicidaire** précis
- **Automutilations répétées**
- **Dépression - Abus de substance - Anxiété sévère - Symptômes psychotiques - TOC**
- **Problèmes familiaux - Épuisement familial - Isolement...**

### Facteurs de mauvais pronostic

- Comorbidité psychiatrique
- **Sévérité initiale du trouble - Poids bas ou différent du poids physiologique**
- Existence de vomissements
- Existence d'une **OBÉSITÉ PRÉMORBIDE**
- Mauvaise estime de soi ou trouble de l'affirmation de soi
- Environnement conflictuel, rigide ou moralisateur

### Traitement

**Somaticien - Psychiatre - Patient**

- 1<sup>ère</sup> intention : **THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE** → Rémission : 50%
  - Observation comportementale : **CARNET ALIMENTAIRE** & Crise induite
- 2<sup>ème</sup> intention : ANTI-DÉPRESSEUR : **INHIBITEUR SÉLECTIF DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE (FLUOXÉTINE, Prozac® car effet anorexigène)** si TCC impossible
  - Posologie = 60mg/J → **Dose plus importante que dans les épisodes dépressifs caractérisés.**
  - **Délai d'action : 3 semaines**

Nb : l'association TCC + ISRS n'a pas montré d'efficacité supérieure aux TCC seuls

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## HYPERPHAGIE BOULIMIQUE - ACCÈS HYPERPHAGIQUE

Binge Eating Disorder (BED)

### Epidémiologie

**Prévalence = 3 à 5%**  
Prédominance féminine 2F/1H  
Début : Adulte (25 ans)

Facteurs de risque : **Obésité** (40%) - Traumatisme ou abus sexuels  
- **Guérison > 70%**  
- Chronification +++

### Sémiologie - Critères DSM5

Fréquence > 1 /semaine pendant > 3 mois

#### ÉPISODES RÉCURRENTS D'HYPERPHAGIE INCONTROLÉE : « Craving » - Hypercalorique

- Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne en peu de temps (< 2h)
- Associées à une impression de **PERTE DE CONTRÔLE** des quantités ingérées ou l'impossibilité de s'arrêter.
- Associés avec au moins 3 éléments suivants :
  - **Prise alimentaire plus rapide que la normale (< 20 minutes) = TACHYPHAGIE**
  - **Prise alimentaire jusqu'à la sensation de « trop-plein »**
  - **Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation de faim = HYPERPHAGIE**
  - **Prises alimentaires solitaires du fait de la gêne occasionnée par les quantités ingérées**
  - **Dégout de soi - Dépression - CULPABILITÉ : PATIENT CONSCIENT DE SON TROUBLE** (en souffrance)
- **Pas de comportement compensatoire inapproprié = PATIENT EN SURPOIDS/OBÈSE**

#### Retentissement

- **Troubles digestifs** : Halitose - RGO - Ballonnement - DI. abdominales - Tb. transit
- **Stéatose hépatique**
- **Complications de l'obésité**
- **Mauvais état nutritionnel +/- dénutrition**
- **Hypofertilité - Infertilité**

#### Comorbidité psychiatrique

Idem. Boulimie

### Diagnostics différentiels

#### Somatique → Idem. Boulimie

- Tumeurs cérébrales et formes d'épilepsies
- Sd. de Klein-Levin : Hyperphagie - Hypersomnie périodique
- Sd. Klüver-Bucy : Hyperphagie - Agnosie visuelle - Hyperoralité - Hypersexualité

#### Psychiatrique

- Boulimie - Obésité morbide
- Episode dépressif caractérisé et trouble bipolaire
- Trouble de la personnalité : Borderline - Evitante - Dépendante

### Traitement

Idem. Boulimie

### PICA

#### Epidémiologie - Définition

Jeune enfant

**INGESTION RÉPÉTÉE DE SUBSTANCES NON NUTRITIVES > 1 MOIS**

Approche comportementale  
+/- Neuroleptique si délire associé

#### Evolution

- Décès selon le type d'ingesta
- Trouble du transit, occlusion intestinale, fausses routes
- **SATURNISME** (Ingestion de peinture au plomb)
- Infections bactériennes et parasitaires

#### Etiologie

- Carence martiale ou zinc
- Négligence - Carence parentale et trouble de l'attachement
- Retard de développement
- Trouble psychiatrique : Autisme - Schizophrénie

#### Diagnostics différentiels

- Sd de Klein Levin et Klüver-Bucy
- Carence en fer & zinc
- Anorexie mentale
- Trouble factice
- Equivalent de comportement auto-agressif

### MÉRYCISME

#### Epidémiologie - Définition

Prédominance masculine

Début : Nourrisson

Facteurs de risques : **Retard mental** - Problème psychosociaux

**Associé à l'anorexie ou à la boulimie : 20%**

Technique comportementale & relaxation

#### Evolution

- Guérison spontanée
- Chronification sur un mode sévère
- **Risque : Dénutrition - Déshydratation - Retard de développement**

#### Sémiologie

= **RÉGURGITATIONS RÉPÉTÉES DE NOURRITURE > 1 MOIS**

→ **Remastiquée, ré-avalée ou recrachée**

- Posture caractéristique : tension et cambrure du dos et de la tête en arrière
- Mouvement de succion de la langue, avec impression de plaisir ressenti
- Nourrisson irritable et affamé entre les épisodes de régurgitation
- +/- Malnutrition - Cassure de la courbe de croissance - Perte de poids - Décès.

#### Diagnostics différentiels

- RGO - Sténose du pylore
- Gastropérisie - Hernie hiatale
- Syndrome de Sandifer = Trouble du mouvement de type dystonie paroxystique survenant en association avec un RGO, et dans certains cas, une hernie hiatale
- Anorexie mentale
- Boulimie

#### ORTHOREXIE

- **RÉSTRICTION AVEC RÈGLES STRICTES**

- Terrain : Angoisses - Obsession hypocondriaque de la maladie et de la mort

#### VOMISSEMENT INDUIT

- Vomissement provoqué en l'absence de compulsion alimentaire réelle

#### PHOBIE ALIMENTAIRE

- Envie irrésistible de manger avec sélection des aliments.

- **Absence de perte de contrôle** à la différence à la boulimie ou hyperphagie boulimique

#### GRIGNOTAGES PATHOLOGIQUES

- Prise alimentaire de petite quantité

### « L'ASTUCE du PU » - Pour comprendre

- Anorexie mentale hyperphagique/purgative : ANOREXIE - Patient inconscient de son trouble
- Boulimie mentale : POIDS NORMAL - **PATIENT CONSCIENT DE SON TROUBLE**
- Boulimie hyperphagique : SURPOIDS +/- OBÉSITÉ - **PATIENT CONSCIENT DE SON TROUBLE**

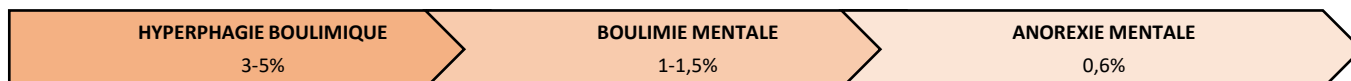
Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## PRÉVALENCE DES CONDUITES ALIMENTAIRES



### « L'ASTUCE du PU » - Dépistage ciblé chez certains groupes à risque de trouble du comportement alimentaire Recommandation HAS

- Jeunes filles
- Index de masse corporel bas ou élevé
- Régime végétarien
- Adolescent consultant pour des **préoccupations pondérales**, pour des **désordres gastro-intestinaux, des problèmes psychologiques**
- Jeunes filles présentant des perturbations des cycles menstruels, et en particulier une **aménorrhée**
- **Danseuses - Mannequins**
- Sportifs en compétition : Disciplines esthétiques ou à catégorie de poids (faible)
- Sujet atteints de pathologies nécessitant des conseils nutritionnels : **Diabète de type 1 - Hypercholestérolémie familiale**

QUESTIONNAIRE SCOFF-F/DFTCA : Suspicion de TCA (≥ 2 réponses)	Modifications endocrines de l'anorexie
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?</li> <li>2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?</li> <li>3. Avez-vous récemment perdu &gt; 6kg en 3 mois</li> <li>4. Pensez-vous que vous êtes gros alors que les autres vous trouvent mince ?</li> <li>5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de la leptine et de l'IGF1</li> <li>- Syndrome de basse T3</li> <li>- Hypercorticisme périphérique</li> <li>- Hyperaldostérionisme (Hypokaliémie)</li> <li>- Baisse de la GnRH - LH - FSH - PRL</li> </ul>

Le syndrome de renutrition est traité dans l'item « 248- Dénutrition » en Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

BONUS	
IMC	Interprétation
< 16.5	- Dénutrition
16.5 - 18.5	- Maigreur
18.5 - 25	- Corpulence normale
25 - 30	- Surpoids
30 - 35	- Obésité modérée
35 - 40	- Obésité sévère
> 40	- Obésité morbide

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](https://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



# Rhumatologie & Orthopédie

## RHUMATOLOGIE

1. Épidémiologie du handicap
2. Boiterie et infection ostéo-articulaire chez l'enfant
3. Ostéopathies fragilisantes
4. Arthrose
5. Douleurs aiguës et chroniques
6. Thérapeutique antalgique
7. Infections ostéo-articulaires chez l'adulte
8. Polyarthrite rhumatoïde
9. Spondylarthrite ankylosante
10. Arthropathies microcristallines
11. Syndrome douloureux régional complexe
12. Arthrite
13. Tumeurs des os
14. Thérapeutiques non médicamenteuses et dispositifs médicaux
15. Corticoïdes et Anti-inflammatoires non stéroïdiens


## ORTHOPÉDIE

1. Traumatisme du rachis
2. Infection aiguë des parties molles (main)
3. Lésions péri-articulaires et ligamentaires
4. Prothèses et ostéosynthèses
5. Fractures fréquentes chez l'adulte
6. Fractures chez l'enfant
7. Surveillance d'un malade sous plâtre










## BONUS

8. Projection rachidienne

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostiques différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTrésorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTrésorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTrésorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## ARTHROPATHIE MICROCRISTALLINE - Item 194

### Définition

**Rhumatismes microcristallins = Dépôts intra-articulaires ou péri-articulaires de microcristaux**

→ Ces dépôts peuvent rester asymptomatiques ou être à l'origine d'accès inflammatoires aigus, ou parfois, arthropathies chroniques.

Caractéristiques sémiologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Début BRUTAL +/- présentation FÉBRILE.</b></li> <li>- Forte intensité de la douleur et de l'inflammation locale → Acmé rapide des symptômes</li> <li>- Résolution spontanée en quelques jours à quelques semaines avec restauration <i>ad integrum</i> de l'articulation.</li> <li>- Biologie : <b>Syndrome inflammatoire VS/CRP avec hyperleucocytose</b></li> </ul>
Facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Traumatisme</b> → <b>À évoquer après infiltration corticoïde à + 24h</b></li> <li>- <b>Contexte post-opératoire</b></li> <li>- <b>Infarctus</b></li> <li>- <b>À distance d'une infection</b></li> <li>- <b>Prise médicamenteuse</b></li> <li>- <b>Absorption de certaines boissons ou aliments</b></li> </ul>

### GOUTTE

#### Physiopathologie

- **Hyperuricémie chronique > 360 - 420 μmol/L** (60 - 70 mg/L) = seuil de saturation du plasma en urate de sodium à 35°C (T° extrémités) et 37°C.
- **Au pH neutre des tissus** : l'équilibre entre l'acide urique et son sel est déplacé vers l'urate de sodium, dont les dépôts cristallins se forment très lentement et sont à l'origine des tophus et des arthropathies.
- **Dans les urines** (pH acide < 6), en cas d'hyperuricurie permet la formation de lithiases faites d'acide urique qui cristallise très vite pouvant donner des crises de coliques néphrétiques aiguës +/- néphropathie goutteuse chronique.

#### Epidémiologie

**Rhumatisme inflammatoire aigu le plus fréquent dans les pays industrialisés = 1,4%**  
**Prévalence en France = 0,9%**

#### Facteurs de risque

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Homme &gt; 35 ans obèse ou femme ménopausée</b></li> <li>- <b>Diurétique au long cours</b></li> <li>- <b>Syndrome métabolique</b></li> <li>- <b>ATCD familiaux de goutte</b></li> <li>- <b>Psoriasis cutané en poussée (dégradation cellulaire)</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>OH chronique</b> dont la bière +/- alcool ou sodas (<b>absence de lien avec le vin</b>)</li> <li>- <b>Aliment hypercalorique - riche en protéine animale</b></li> <li>- <b>Transplanté d'organe &amp; Insuffisance rénale.</b></li> <li>- <b>Infection ou geste traumatique</b></li> </ul> |
|--|--|

#### Clinique

**1) Accès goutteux** : **TÊTE de l'articulation métatarso-phalangienne gros orteil** +/- BASE de la 1<sup>ère</sup> phalange de l'hallux > cheville > genou

- Articulation normale inter-crise
- **Sensible à la colchicine**

NB : La goutte touche exceptionnellement le rachis, épaule et la hanche mais il existe des polyarthrites goutteuses pouvant mimer une polyarthrite rhumatoïde.

**2) Arthropathie chronique** (si goutte non traitée)

- **Tophus** (dépôts uratiques sous-cutanés) : Douleurs mécaniques chroniques
- **Topographie** : Autour des articulations, pavillon de l'oreille, coudes, tendons d'Achille, IPD ou pulpe digitale (patient sous diurétique)

**3) Manifestations rénales**

- **Lithiase urique radio-transparente** : Crise de colique néphrétique chez les sujets hyper-excréteurs
- Facteurs favorisants : **pH urinaire bas - faible volume urinaire**
- **Anurie calculeuse** : Précipitation d'acide urique dans le rein lors d'un sd. de lyse cellulaire massive pendant une CT
- **Néphropathie uratique** (rare) : Goutte sévère & négligée → IRC aggravée par les AINS



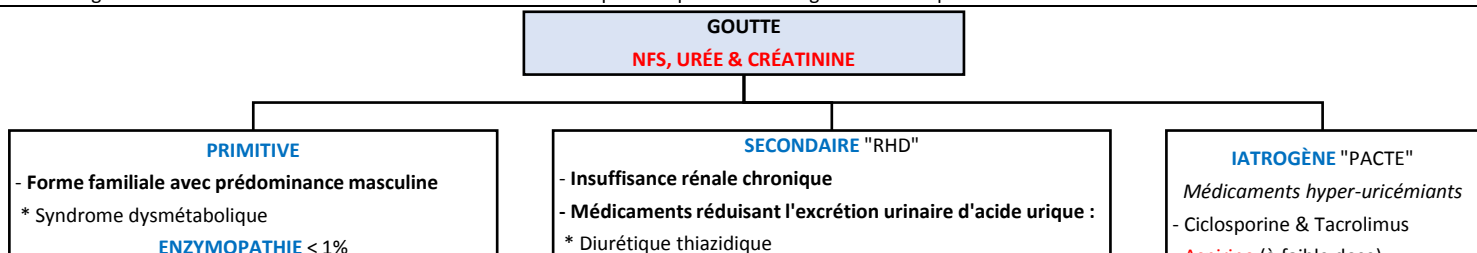
**Radio** : Arthropathie uratique de l'articulation métatarso-phalangienne de l'hallux

#### Examens complémentaires

Analyse du liquide synovial <b>Examen de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Liquide articulaire inflammatoire</b> (cellules nucléées &gt; 2000 /mm<sup>3</sup>) à PNN non altérés</li> <li>- <b>Microcristaux d'Urate de Sodium</b> (UMS) avec aspect <b>OPAQUE peu visqueux</b></li> <li>→ Microscope lumière polarisée : <b>Cristaux fins allongés pointus FORTEMENT biréfringents (sens négatif)</b></li> <li>- <b>NB : Examen bactériologique : négatif</b></li> </ul>	
Radiographie articulaire bilatérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Normale</b> le plus souvent</li> <li>- <b>Arthropathie uratique</b> (rare) : <b>Géodes ou encoches épiphysaires</b> avec <b>conservation prolongée de l'interligne</b> et <b>ostéophytose marginale</b></li> <li>- <b>Aspect en « Hallebarde »</b> : <b>Lame d'ossification périostée de tophus intra- ou juxta-articulaire</b></li> </ul>	
Uricémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uricémie &gt; 360 μmol/L</b></li> <li>→ Peut être normale lors des accès : <b>REFAIRE LE DOSAGE + 15 JOURS</b> après l'accès goutteux pour avoir une uricémie « basale »</li> </ul>	
Échographie articulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Indication</b> : <b>Radio. articulaire normale</b></li> <li>- Aspect « <b>DOUBLE CONTOUR</b> » : Dépôts uratiques à la surface du cartilage ou pour déceler des tophus goutteux non visibles</li> </ul>	

#### Etiologies

- **10% des sujets hyper-uricémiques développent une goutte - Au cours d'une crise de goutte, 50% des patients ont une hyper-uricémie.**
- On ne traite pas une hyper-uricémie asymptomatique → Les risques de crise de goutte augmentent avec la durée et l'intensité de l'hyper-uricémie
- **Mécanisme de l'hyper-uricémie (90%) :**
  - **Apports alimentaires de purines augmentent** → La dégradation de la purine conduit à l'acide urique
  - Augmentation faible de la clairance fractionnée de l'acide urique en réponse à une augmentation importante de l'uricémie.



Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |


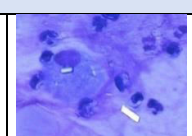
| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



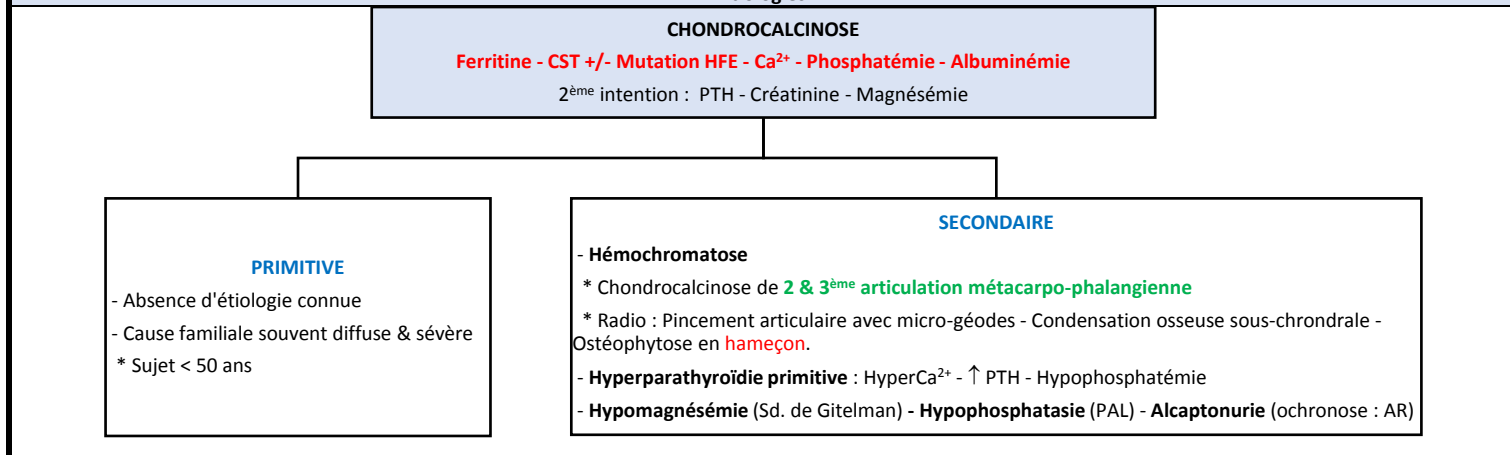


## RHUMATISME À PYROPHOSPHATE DE CALCIUM

Ex-chondrocalcinose

Epidémiologie	Terrain	
Prévalence ↑ avec l'âge : 10 à 15% à 65-75 ans et > 30% à 80 ans	Prédominance féminine (↓ avec l'âge)	
Clinique		
<p><b>ASYMPTOMATIQUE</b> : 75%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Arthrite aiguë : Mono- ou oligoarthritis <b>genou &amp; poignet</b> récidivante +/- <b>hémiarthrose</b></li> <li>Polyarthrite subaiguë ou chronique (rare) : Touchant de façon additive &amp; successive diverses articulations : bilatérales &amp; symétrique → Diagnostic différentiel : Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>Mono-arthropathie chronique à l'origine d'une arthrose secondaire évolutive (<b>fréquente</b>) : Poignet, MCP, cheville, épaule, hanche, genou...</li> <li>Arthropathie destructrice : <b>Femme âgée</b> : Destruction de l'os sous-chondral +/- Rapide : Destruction de la hanche ou de l'épaule (épaule de Milwaukee)</li> <li>Atteinte rachidienne : Calcifications discales, discopathies destructrices, arthrites inter-apophysaires aiguës</li> </ul>		
Examens complémentaires		
<p><b>Analyse du liquide synovial</b> Examen de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Liquide articulaire inflammatoire</b> (cellules nucléées &gt; 2000 /mm<sup>3</sup>) à PNN non altérés avec aspect <b>OPAQUE peu visqueux</b></li> <li><b>Microcristaux de Pyrophosphate de calcium</b> (PPC)</li> <li>→ Microscope à lumière polarisée : <b>Cristaux courts, carrés ou rectangulaires, pas ou faiblement biréfringent (sens positif)</b></li> </ul>	
<p><b>Radiographie articulaire bilatérale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Calcifications</b> caractéristiques :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dépôts dans le cartilage articulaire</b> : opacités linéaires à distance et parallèles à la limite de l'os sous-chondral</li> <li>• <b>Dépôts fibro-cartilagineux</b> : « PSGc »                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Genou : <b>Ménisques</b> sous la formes d'opacités triangulaires à base tournée vers l'extérieur de l'articulation</li> <li>Poignet : <b>Ligament triangulaire du carpe</b></li> <li><b>Symphyse pubienne</b> : Calcification linéaire verticale</li> <li><b>Cervicale</b> : Calcification du ligament cruciforme</li> <li><b>Cartilages fémoraux</b> (têtes et condyles)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Chondrocalcinose articulaire</b> : Calcification des ménisques &amp; opacités linéaires dans l'interligne articulaire</p> <p><b>Chondrocalcinose articulaire</b> : Calcification du ligament triangulaire du carpe et interligne schaphotrapézienne</p> <p><b>Chondrocalcinose cervicale</b> : Calcification du cruciforme en arrière de l'odontoïde</p>
<p><b>Échographie articulaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépôts de PCC :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fine bande hyper-échogène au sein du cartilage</b></li> <li>• <b>ou Points « SCINTILLANTS »</b> dans les fibrocartilages ou de calcifications méniscales hyper-échogènes.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Calcification de la symphyse pubienne</b></p>

### Etiologies



## TRAITEMENT & SUIVI D'UN RHUMATISME MICROCRISTALLIN

Accès microcristallin : goutte & chondrocalcinose	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mise au repos de l'articulation</b> : orthèse de poignet, repos pour le MI...</li> <li>- <b>Ponction évacuatrice</b> à visée antalgique en cas de gros épanchement (genou)</li> <li>- <b>Glaçage</b> de la zone articulaire ou péri-articulaire</li> <li>- Traitements médicamenteux : Le traitement de 1<sup>ère</sup> intention dans la crise de goutte peut être au choix, la colchicine, les AINS +/- corticoïdes.</li> </ul>
<b>COLCHICINE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dose → <b>Attention : DOSE DIMINUÉE si Insuffisance rénale</b></li> <li>• J1 : 1mg puis 0,5mg 1h après +/- répétée sans dépasser 2mg le 1<sup>er</sup> jour.</li> <li>• J2 : 1mg/J voire 0,5mg x 3/J</li> <li>• Dose d'entretien : 0,5 à 1mg</li> <li>- <b>Effets secondaires</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diarrhée</b> - Signes de surdosage (Arrêt ou diminution de la colchicine) - Cutané ou musculaire - Neutropénie - Thrombopénie +/- Pancytopenie</li> </ul> </li> <li>- <b>Interaction médicamenteuse</b> : (CYP3A4) → <b>AUGMENTATION de la dose de COLCHICINE en présence d'un INHIBITEUR ENZYMATIQUE</b></li> <li>• <b>MACROLIDE - PRISTINAMYCINE - SUR-DOSAGE des AVK</b> - Ciclosporine - Inhibiteur protéasome - Ritonavir - Térapirivir - Vérapamil - Statine</li> </ul>
<b>AINS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1<sup>ère</sup> intention</b> : <b>Chondrocalcinose &amp; rhumatisme hydroxyapatite</b></li> <li>- Seul ou en association à la colchicine dans la goutte.</li> </ul>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

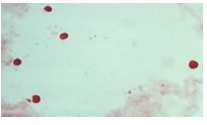
| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



Traitement hypo-uricémiant : goutte		Indications	
<p>→ L'hyper-uricémie isolée n'est pas une indication à un traitement pharmacologique mais à des mesures diététiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>But</b> : Uricémie &lt; 360 µmol/L (&lt; 60 mg/L = 6 mg/dL)</li> <li>• <b>Action</b> : Absence de nouveaux dépôts et destruction des cristaux en place.</li> <li>• <b>Education</b> : ↓ Poids - Ø OH - Bière - sodas - ↑ Lait écrémé - ↓ Viande et fruits de mer - ↓ Jus de fruit sucré</li> </ul> <p>→ Le 1<sup>er</sup> accès goutteux ne justifie pas toujours la mise en route d'un traitement hypo-uricémiant</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crises de goutte ≥ 2</li> <li>- Tophus</li> <li>- Signe d'arthropathie goutteuse.</li> <li>- Lithiase urique ou néphropathie</li> <li>- Insuffisance rénale chronique &lt; 60 ml/min</li> <li>- Dès la <b>première crise</b> si : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patient &lt; 40 ans</b></li> <li>• OU Hyperuricémie &gt; 480 µmol/L (80 mg/L)</li> <li>• OU Comorbidités importantes : HTA - Insuffisance cardiaque ou coronarienne - Insuffisance rénale</li> </ul> </li> </ul>	
Médicament	INHIBITEURS DE LA XANTHINE OXYDASE		URICOSURIQUE
	ALLOPURINOL	FÉBUXOSTAT	
Dose	<p>100 mg/J avec ↑ progressive de 50 à 100mg → Max : 300 mg/J</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance rénale : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 &lt; DFG &lt; 80 mL/min : 200 mg/J</li> <li>• 20 &lt; DFG &lt; 40 mL/min : 100 mg/J</li> <li>• DFG &lt; 20 mL/min : 100 mg /2J</li> </ul> </li> </ul>	<p>80 mg/J avec ↑ progressive → Max : 120 mg/J</p>	<p>Prescription <b>spécialiste</b> si contre-indication aux inhibiteurs de la xanthine oxydase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probenécide</li> <li>- Benzbromarone</li> </ul>
Effets Secondaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allergie cutanée : <b>Éruption - Lyell - DRESS</b></li> <li>- <b>Allopurinol peut provoquer un surdosage en AVK si associés</b></li> <li>→ Plus fréquent chez les Asiatiques porteurs du HLAB58*01</li> <li>→ <b>Une allergie cutanée même minime impose l'arrêt du traitement car risque d'évolution fatale.</b></li> <li><b>BI-THÉRAPIE x 6 mois : COLCHICINE + ALLOPURINOL</b></li> <li><b>Évite la recrudescence des crises de goutte observées à l'initiation d'un traitement hypo-uricémiant post-dilution des cristaux</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Trouble digestif</b> (dose-dépendant) : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Nausées - dyspepsie - diarrhée - constipation</li> </ul> </li> <li>- Céphalées</li> <li>- Anomalie du bilan hépatique</li> <li>- Allergie cutanée</li> </ul>	<p><b>Cas particuliers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA &amp; Goutte : <b>Losartan</b></li> <li>- Dyslipidémie &amp; Goutte : <b>Fénofibrate</b></li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azathioprine</li> <li>- Vidarabine</li> <li>- Mercaptopurinone</li> <li>- Chloroprapamide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiopathie ischémique</li> <li>- Insuffisance cardiaque congestive</li> <li>- Azathioprine</li> <li>- Mercaptopurinone</li> </ul>	
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uricémie + 2 semaine et chaque palier.</b></li> <li>- NFS - Créatinine - ASAT/ALAT</li> </ul>		

Le patient GOUTTEUX est à FORT RISQUE CARDIO-VASCULAIRE, ce qui explique la surmortalité observée.

RHUMATISME HYDROXYAPATITE Tendinopathie calcifiante		
Terrain	Physiopathologie	
Femme jeune	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dépôts de cristaux d'apatite</b> : Cristaux de <b>phosphate de calcium</b> basiques <b>présents naturellement dans l'os et de la dentine</b></li> <li>- Topographie : Structures péri-articulaires : tendons, tissus sous-cutanés et bourses séreuses</li> <li>- Si dépôts multiples = <b>Maladie des calcifications tendineuses multiples</b></li> </ul>	
Clinique		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Topographie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Epaule</b> : Tendon supra-épineux</li> <li>• <b>Hanche</b> : Région trochantérienne ou para-acétabulaire</li> </ul> </li> <li>- Clinique : <b>Asymptomatique, aiguë ou chronique récidivante</b></li> <li>• <b>Douleurs = Tentative de résorption aiguë spontanée avec migration calcique possible dans la bourse au contact du tendon ou en intra-osseux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intense avec réveils nocturnes</li> <li>✓ Attitude du traumatisé du membre supérieur : le moindre mouvement déclenche une vive douleur</li> </ul> </li> <li>• +/- <b>Érosions osseuses</b> au voisinage des calcifications &amp; arthrites aiguës</li> <li>• +/- <b>Fièvre</b> → <b>Éliminer une arthrite septique</b></li> </ul>		
Examens complémentaires		
Analyse du liquide synovial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Liquide articulaire inflammatoire</b> (cellules nucléées &gt; 2000 /mm<sup>3</sup>) à <b>PNN non altérés</b></li> <li>- <b>Microcristaux de Phosphate de calcium</b> : (MO) La coloration histochimique au <b>rouge alizarine</b> peut permettre de les détecter</li> <li>- <b>NB : Examen bactériologique : négatif</b></li> </ul>	
Radiographie articulaire bilatérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Opacité calcique dans le tendon supra-tendineux ou dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La calcification peut se résorber complètement lors de la crise aiguë → Si clichés tardifs : normaux</li> </ul> </li> </ul>	
Traitement		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Repos, glaçage, AINS +/- corticothérapie PO</b> en cure courte de 3 à 5 Jours</li> <li>- <b>Crise aiguë hyperalgique</b> : Injections cortisoniques locales → Peuvent augmenter transitoirement les douleurs</li> <li>- <b>Crise chronique résistante au traitement médicamenteux</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponction-aspiration radio-guidée pour extraction de la calcification causale ou sous-arthroscopie</li> <li>• +/- Lithotritie</li> </ul> </li> </ul>		

« L'ASTUCE du PU » - PARTICULARITÉS DES MICRO-CRISTAUX

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |


| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |












# Santé Publique

1. Le raisonnement et la décision médicale
2. L'aléa thérapeutique
3. Organisation de l'exercice médical
4. Droits du patient
5. Certificats médicaux
6. Responsabilités médicales
7. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles
8. Formation tout au long de la vie
9. Organisation du système de soins
10. Sécurité sociale - Assurances
11. Système conventionnel
12. Mesure de l'état de santé de la population
13. Précarité
14. Sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
15. Accidents du travail et maladies professionnelles
16. Identification et gestion des risques

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**LA GESTION DES ERREURS ET DES PLAINTES : ALÉAS THÉRAPEUTIQUE - Item 5**

Définition							
<b>ERREUR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peuvent concerner les actions de prévention, de diagnostic ou de traitement → <b>Involontaire &amp; Évitable</b></li> <li>• <b>Omission</b> vs. <b>Commission</b> (erreur dans l'exécution)</li> <li>• <b>Non-mobilisation de connaissance</b> vs. <b>Absence de connaissance</b></li> <li>- +/- Entraînant un <b>dommage (événement indésirable)</b></li> </ul>						
<b>RÉCLAMATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provenant du patient ou de sa famille</li> <li>- <b>Adressée à un chef de service hospitalier, directeur de l'hôpital +/- Autorité sanitaire</b></li> <li>- Objectif : <b>Porter à la connaissance du destinataire des problèmes de nature variée ayant émaillé un séjour hospitalier.</b></li> <li>• +/- Dysfonctionnement ou erreur de soin</li> </ul>						
<b>PLAINTÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Provenant du patient ou de sa famille, s'estimant victime d'un préjudice à la suite de ce qu'ils jugent comme une erreur de soin</b></li> <li>= « <b>Action de porter à la connaissance de l'autorité compétente le tort qu'a subi la victime d'une infraction</b> »</li> </ul>						
<b>ALÉAS THÉRAPEUTIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Involontaire &amp; Inévitable</b> : Accident médical, affection iatrogène, nosocomiale qui est survenue <b>SANS RESPONSABILITÉ</b> des professionnels de santé ou de l'établissement de santé.</li> <li>= « <b>Survenance, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé</b> »</li> <li>• Dommage suite à la réalisation de l'acte = <b>Indépendant de l'état de santé du patient</b></li> <li>• Accident avec un certain <b>SEUIL DE GRAVITÉ</b></li> </ul>						
Culture positive de l'erreur							
<p align="center"><b>Attitude de non-culpabilité, non-punitivité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Signalement des erreurs</b> : <b>Objectif</b> (Faits non interprétés) - <b>Anonymat et confidentialité - Exhaustif</b></li> <li>- <b>Repérage des événements indésirables graves</b> : (système passif) Médecins volontaire - Patients/Familles</li> <li>- <b>Analyse de dossiers ou de traces électroniques</b> : (système actif) Analyse rétrospective de dossiers</li> </ul>							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Cellule de gestion des risques et au coordinateur de la gestion des risques associés aux soins</b> </div>							
LA CULTURE POSITIVE DE L'ERREUR N'EMPÊCHE PAS LA FAUTE, IMPLIQUANT LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN ET SANCTION INDIVIDUELLE							
Analyse approfondie des causes d'erreurs							
<b>MODÈLE DE REASON</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Analyse des éléments indésirables par séquences se succédant où les différents niveaux de défense existant à chaque étape.</b></li> <li>• Facteurs <b>contributifs</b> : Erreurs <b>LATENTES</b></li> <li>• Erreurs <b>humaines</b> : Erreurs <b>PATENTES</b></li> <li>• Barrière : Cf. <i>infra</i></li> <li>→ <b>Accident = Cumul de différentes défaillances</b></li> </ul>						
<b>BARRIÈRES x 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Défenses (protections) en profondeur contre le risque d'erreur.</b></li> <li>- <b>Immatérielles</b> : Lois et réglementation, consignes, bonnes pratiques de sécurité, recommandations, procédures et protocoles, programmes de formation, organisation du travail...</li> <li>- <b>Matérielles</b> : Détrompeur physique</li> </ul>						
	<table border="1"> <tr> <td><b>BARRIÈRE DE PRÉVENTION</b></td> <td>- <b>Empêcher la survenue de l'erreur et de l'accident</b> (check-list chirurgicale...)</td> </tr> <tr> <td><b>BARRIÈRE DE RÉCUPÉRATION</b></td> <td>- Erreur commise mais <b>récupérée avant d'avoir des conséquences</b></td> </tr> <tr> <td><b>BARRIÈRE D'ATTÉNUATION</b></td> <td>- Erreur commise <b>non récupérée</b> → But : Limiter ses conséquences</td> </tr> </table>	<b>BARRIÈRE DE PRÉVENTION</b>	- <b>Empêcher la survenue de l'erreur et de l'accident</b> (check-list chirurgicale...)	<b>BARRIÈRE DE RÉCUPÉRATION</b>	- Erreur commise mais <b>récupérée avant d'avoir des conséquences</b>	<b>BARRIÈRE D'ATTÉNUATION</b>	- Erreur commise <b>non récupérée</b> → But : Limiter ses conséquences
<b>BARRIÈRE DE PRÉVENTION</b>	- <b>Empêcher la survenue de l'erreur et de l'accident</b> (check-list chirurgicale...)						
<b>BARRIÈRE DE RÉCUPÉRATION</b>	- Erreur commise mais <b>récupérée avant d'avoir des conséquences</b>						
<b>BARRIÈRE D'ATTÉNUATION</b>	- Erreur commise <b>non récupérée</b> → But : Limiter ses conséquences						
<b>ANALYSE DES CAUSES RACINES</b> Recherche dans l'ensemble du contexte qui entoure l'événement indésirable	<table border="1"> <tr> <td><b>Méthode ALARM</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Patient</b> : état de santé, maladies associées, communication, vulnérabilité...</li> <li>- <b>Tâches à accomplir</b></li> <li>- <b>Equipe</b> : communication au sein de l'équipe/patient, traçabilité</li> <li>- <b>Environnement</b> : physique, formation, gestion des équipements</li> <li>- <b>Organisation &amp; management</b></li> <li>- <b>Contexte institutionnel</b></li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Méthode Orion®</b> Aéronautique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte des données</li> <li>- Reconstitution de la chronologie de l'événement</li> <li>- Identification des écarts par rapport aux pratiques recommandées, sans jugement par rapport à un référentiel existant</li> <li>- Identification des facteurs contributifs, liés au patient, à l'individu ou à l'équipe.</li> <li>- <b>Proposition d'actions à mettre en œuvre</b></li> <li>- Rédaction du <b>rapport d'analyse</b></li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>Méthode ALARM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Patient</b> : état de santé, maladies associées, communication, vulnérabilité...</li> <li>- <b>Tâches à accomplir</b></li> <li>- <b>Equipe</b> : communication au sein de l'équipe/patient, traçabilité</li> <li>- <b>Environnement</b> : physique, formation, gestion des équipements</li> <li>- <b>Organisation &amp; management</b></li> <li>- <b>Contexte institutionnel</b></li> </ul>	<b>Méthode Orion®</b> Aéronautique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte des données</li> <li>- Reconstitution de la chronologie de l'événement</li> <li>- Identification des écarts par rapport aux pratiques recommandées, sans jugement par rapport à un référentiel existant</li> <li>- Identification des facteurs contributifs, liés au patient, à l'individu ou à l'équipe.</li> <li>- <b>Proposition d'actions à mettre en œuvre</b></li> <li>- Rédaction du <b>rapport d'analyse</b></li> </ul>		
<b>Méthode ALARM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Patient</b> : état de santé, maladies associées, communication, vulnérabilité...</li> <li>- <b>Tâches à accomplir</b></li> <li>- <b>Equipe</b> : communication au sein de l'équipe/patient, traçabilité</li> <li>- <b>Environnement</b> : physique, formation, gestion des équipements</li> <li>- <b>Organisation &amp; management</b></li> <li>- <b>Contexte institutionnel</b></li> </ul>						
<b>Méthode Orion®</b> Aéronautique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte des données</li> <li>- Reconstitution de la chronologie de l'événement</li> <li>- Identification des écarts par rapport aux pratiques recommandées, sans jugement par rapport à un référentiel existant</li> <li>- Identification des facteurs contributifs, liés au patient, à l'individu ou à l'équipe.</li> <li>- <b>Proposition d'actions à mettre en œuvre</b></li> <li>- Rédaction du <b>rapport d'analyse</b></li> </ul>						
Compensation de l'erreur							
<b>RESPONSABILITÉ SANS FAUTE</b> <i>Aléas thérapeutique</i> ONIAM - CRCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux</b> (ONIAM) sous la tutelle du ministère de la Santé :</li> <li>• <b>Financement : État &amp; Assurance maladie.</b></li> <li>• Versement (au patient éligible) d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale en cas d'aléas thérapeutique, affections iatrogènes ou associées aux soins</li> <li>• <b>L'expertise de l'éligibilité à l'indemnisation dépend des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation</b> (CRCI), indépendamment de l'ONIAM (<b>Délai de recours : 10 ans</b>)</li> <li>→ Seuils de gravité : Taux minimal d'incapacité permanente, incapacité temporaire ou durée minimale d'arrêt de travail</li> <li>= <b>Seuil de gravité*</b> : <b>Taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique &gt; 24%</b></li> <li>✚ <b>Non fautif</b> : = <b>Accidents médicaux - Aléas thérapeutique - Vaccination obligatoire - Victimes de la vaccination H1N1 - Transfusion - Victimes du Médiateur® - Victimes des hormones de croissance</b></li> <li>→ Indemnisé à partir de fonds provenant de l'assurance maladie et de l'état.</li> <li>❖ <b>Gravité &lt; seuil de gravité</b> : <b>Procédure de conciliation</b> « compromis entre l'établissement et le patient/ayant droit »</li> <li>❖ <b>Gravité ≥ seuil de gravité*</b> : <b>Procédure de règlement amiable = solidarité nationale</b></li> </ul>						
<b>RESPONSABILITÉ AVEC FAUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fautif</b> : Terme juridique désignant les accidents qui engagent la responsabilité des acteurs de santé</li> <li>→ Indemnisé par <b>l'assureur du professionnel de santé</b></li> </ul>						
<b>CONTENTIEUX POST-ACCIDENT MÉDICAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte : <b>Absence d'information sur un événement indésirable</b></li> <li>• But de l'information correcte : <b>Éviter une plainte.</b></li> <li>- <b>Si plainte déposée dans un 1<sup>er</sup> temps à la direction de l'hôpital, peut encore aboutir à un règlement amiable.</b></li> </ul> <p><small>NB : Cependant, l'information claire et éclairée ne dispense pas d'une possible indemnisation si erreur par procédure amiable</small></p>						

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |


| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |












# Soins palliatifs & Oncologie générale

1. L'enfant handicapé
2. Anesthésie
3. Douleurs chez l'enfant
4. Organisation des soins palliatifs
5. Accompagnement en soins palliatifs
6. Sédation
7. Soins palliatifs en pédiatrie et néonatalogie
8. Aspects spécifiques des soins palliatifs en réanimation
9. Épidémiologie des cancers
10. Cancérogenèse et oncogénèse
11. Diagnostic des cancers
12. Médecin préleveur
13. Traitement des cancers
14. Accompagnement et prise en charge palliative en cancérologie
15. Cancers de l'enfant

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**Épidémiologie**

**En France, 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques.**

- 50% des patients atteints de cancer vivent sans qu'il n'existe de perspective de guérison complète.
- Concept de soins palliatifs né en Angleterre dans les années 1960 : **Le patient atteint d'une maladie létale vit une « souffrance globale » qui envahit toute les dimensions de son existence aussi bien physique, psychique, sociale ou existentielle.**

**Définition - HAS 2002**

Les soins palliatifs sont des soins **ACTIFS, continus, évolutifs**, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle.

**Les soins palliatifs peuvent être envisagés précocement dans le cours d'une maladie grave évolutive quelle que soit son issue et peuvent coexister avec des traitements spécifiques curatifs à la maladie causale.**

- Objectifs :
  - Approche globale et individualisée
  - Prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes
  - Anticiper les risques de complication
  - Prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
  - Éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se **refusent à provoquer intentionnellement la mort.**

**Approche globale**

- Approche globale de la personne
- Construction d'une rencontre attentive au vécu de la personne
- Soulagement de l'inconfort en s'appuyant sur les compétences des divers professionnels ou bénévoles
- Promotion de la capacité d'autodétermination de la personne malade avec délivrance d'informations compréhensibles et adaptées.
- Anticipation des complications et de l'aggravation avec mise en place de prescriptions anticipées personnalisées
- Délibérations éthiques, individuelles et collectives, sur les orientations de traitement
- Élaboration d'un projet de vie qui ne se limite pas à une planification thérapeutique
- Construction d'une continuité des soins avec coordination des différents acteurs et réévaluations programmées
- Facilitation de la venue de l'entourage des patients et de l'intervention de membres de la société civile (bénévoles, représentants des cultes...)
- Accompagnement des proches et propositions d'aides après le décès de la personne malade.
- Travail en équipe, en interdisciplinarité et en réseau avec attention à l'épuisement professionnel.

**ATTENTION**

- **Les soins palliatifs ne sont pas dédiés uniquement aux patients en phase terminale atteints d'une pathologie cancéreuse**
- **Prodiguer des soins ne veut pas dire arrêter les investigations et les traitements**
- **Les soins palliatifs n'ont pas comme prétention de soulager toute souffrance**
- Les soins palliatifs relèvent de la responsabilité de chaque soignant.

- Le passage curatif-palliatif comprend une réflexion sur la visée des traitements → Délibération avec le patient et son entourage.
- **Ce n'est pas l'arrêt de tous les traitements.**
- **Arrêter un traitement ne veut pas dire arrêter les soins.**
- Arrêter un traitement implique le renforcement de l'accompagnement
- Ne pas anticiper trop rapidement (délétère pour le patient/entourage) mais attention au risque d'une illusion erronée de l'avenir

**SOINS PALLIATIFS TERMINAUX  
= Arrêt des traitements spécifiques**

- Réflexion sur la poursuite ou non des traitements de suppléance vitale (ex : hydratation artificielle)
- Objectif : **Confort & Accompagnement**

**« L'ASTUCE du PU » - NE PAS CONFONDRE**

<b>TRAITEMENTS MÉDICAUX</b>	→ Lutter contre une maladie, prolonger l'existence ou soulager quelqu'un : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Traitement spécifique</b> (= étiologique)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectif : lutter contre la maladie ou son évolution</li> <li>• Ex : antibiotiques, chimiothérapies</li> </ul> </li> <li>- <b>Traitement de suppléance des fonctions vitales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectif : soutenir la poursuite de la vie (pas d'action directe sur la maladie)</li> <li>• Ex : transfusions, nutrition et hydratation artificielle, respirateur, dialyse</li> </ul> </li> <li>- <b>Traitements symptomatiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectif : soulager les symptômes ressentis par les patients</li> <li>• Ex : antalgiques, anxiolytiques, scopolamine</li> </ul> </li> </ul>
<b>SOINS</b>	→ Les soins sont des actes prodigués directement sur le corps de la personne malade. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins de nursing : toilette, soins de bouche.</li> <li>- Soins infirmiers : escarres, plaies</li> <li>- Soins masso-kinésithérapeutiques : massages, mobilisations, bains...</li> </ul>
<b>ACCOMPAGNEMENT</b>	→ Positionnement humain de proximité et de solidarité envers une personne. <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accompagnant n'a comme visée que d'être à côté de l'autre en le suivant sur le chemin qu'il prend</li> </ul>

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## GRANDS SYNDROMES EN SOINS PALLIATIFS

### DYSPNÉE

Évaluation avec EVA

#### Traitement étiologique de la dyspnée

<b>SD. OBSTRUCTIF BRONCHIQUE</b>	- Bronchodilatateurs : Aérosol de béta2-miméique - Anticholinergique +/- VNI
<b>OBSTRUCTION DES GROSSES VOIES AÉRIENNES</b>	- Corticothérapie - Stent - Laser - Trachéostomie - RT/CT...
<b>INSUFFISANCE CARDIAQUE</b>	- Diurétique...
<b>OBSTRUCTION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE</b>	- Corticothérapie - Héparinothérapie - Endoprothèse cave - RT
<b>LYMPHANGITE</b>	- Corticothérapie - CT
<b>PLEURÉSIE</b>	- Ponction évacuatrice ou drainage
<b>INFECTION</b>	- Antipyrétique - Antibiotique
<b>ANÉMIE</b>	- Transfusion - EPO
<b>DOULEURS</b>	- Antalgique

#### Traitement symptomatique de la dyspnée

- Patient demi-assis - Aérer la chambre - Soins de bouche
- **MORPHINE** :
  - Patient naïf de morphine : 5 à 10 mg/4 h PO chez l'adulte, ou équivalent par voie IV ou SC, en adaptant la posologie à l'efficacité et à la tolérance.
  - Patient déjà sous morphine : **Augmenter la dose journalière de 30 à 50 %**.
  - Interdoses de 1/6 à 1/10 de la dose des 24h, toutes les 4h, à la demande, en réadaptant ensuite la dose de fond en fonction des besoins.
  - Accès paroxystiques de dyspnée : Fentanyl patch ou un morphinique administré par pompe auto-controlée par la patient ou PCA (Patient Control Analgesia) par voie IV ou SC en raison de leur bref délai d'action.
- **BENZODIAZÉPINE** si anxiété
- **OXYGÉNOTHÉRAPIE**
- +/- **ANTICHOLINERGIQUE** ou **SCOPOLAMINE** si encombrement bronchique avec râles agoniques

### VOMISSEMENTS

<b>NEUROLEPTIQUES</b>	- Anti-émétique avec stimulation de la motricité oeso-gastro-duodénale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Métopimazine : Primperan® 5 à 10 mg 3 fois/jour <i>per os</i> ou par voie IV discontinu ou continu. → Il est à <b>éviter en cas d'occlusion complète</b> car son action prokinétique peut aggraver les douleurs et favoriser une perforation digestive.</li> <li>• Dompéridone : Motilium® 10 à 60 mg/j <i>per os</i>.</li> <li>• Métopimazine : Vogalène® 15 à 30 mg/j <i>per os</i> ou voie IV lente.</li> <li>• Halopéridol : Haldol® 0,5 à 5 mg par prise, <i>per os</i>, par voie intramusculaire (à éviter en soins palliatifs) ou par voie SC continue ou discontinu (3 fois/jour), hors AMM</li> </ul>
<b>CORTICOÏDES</b>	
<b>AGONISTE DES R. 5-HT3</b>	- Sétrons : Antagoniste sélectifs des R. NK1 de la substance P (aprépitant, fosaprépitant)
<b>BENZODIAZÉPINE</b>	- Si anxiété importante.

### OCCLUSION INTESTINALE SUR CARCINOSE PÉRIONÉALE

- Patient à jeun - Antalgique - Réhydratation IV ou SC +/- SNG
- Antiémétiques : **Neuroleptique au choix** (hors Métopimazine, car contre-indication si occlusion complète)
  - Antisécrétoires anti-cholinergiques : Butylbromure de Scopolamine 40 à 120 mg/j SC ou IV continu ou discontinu.
  - Antisécrétoires analogue de la somatostatine : **Octréotide** 600 µg/j (**Sandostatine**) IV continu ou SC discontinu/24 h ou lanréotide (Somatuline\*)
  - Antisécrétoire gastrique : **IPP IVSE**
  - **Corticothérapie** en cure courte

### CONSTIPATION SOUS OPIOÏDES

Arrêt des selles à J3

**Renforcer les règles hygiéno-diététiques - Augmenter la posologie des laxatifs osmotiques ou stimulant**

- Persistance de l'arrêt des selles à J4 :
  - Bithérapie laxative (osmotique et stimulant) +/- lavement rectal si selles au TR
  - Poursuite du laxatif + Antagoniste morphinique périphérique +/- lavement rectal si selles au TR
- Reprise du transit à 48h ?
  - Oui : Bithérapie laxative
  - Non : Préparation colique

<b>ASTHÉNIE</b>	- Reconditionnement physique et kinésithérapie - Corticothérapie en cure courte (prednisone 0,5 à 1 mg/kg 10 j), méthylphénidate (Ritaline®), modafinil (Modiodal®) hors AMM
<b>ANOREXIE</b>	- Soins de bouche, adaptation de l'alimentation - Prokinétiques : Métopimazine - Dompéridone - Cure courte de corticoïdes - Progestatifs : megestrol (Megace®), médroxyprogesterone (Farlutal®) (risque thromboembolique élevé à prendre en compte)
<b>MUCITE</b>	- Antalgique - Bains de bouche
<b>HOQUET</b>	- IPP - Neuroleptique - Myorelaxant - Gabapentine
<b>MYOCLONIE - DYSKINÉSIE</b>	- Clonazépam (Rivotril®)

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



## ORGANISATION DES SOINS

### Gradation des prises en charge

<b>NIVEAU 1</b>	- Accompagnement palliatif en service hospitalier sans lit identifié
<b>NIVEAU 2</b>	- Lit identifié de soins palliatifs (LISP)
<b>NIVEAU 3</b>	- Unités de soins palliatifs (USP)

### Gradation selon le niveau d'expertise

<b>BASE</b>	- Soins palliatifs effectués par tous les professionnels de santé.
<b>INTERVENTION</b>	- Référents « soins palliatifs » : Équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs

<b>EXPERTISE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle rattachée à un établissement de santé</li> <li>• Déplacement au lit du malade et auprès des soignants</li> <li>• Activité transversale de conseil et soutien auprès des équipes</li> </ul> </li> <li>- <b>Réseaux de soins palliatifs</b> → Décision par le médecin traitant           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez la personne malade, avec elle ou avec les proches et MT et personnels de santé du domicile.</li> <li>• Évaluation globale avec prise en compte des attentes de la personne</li> <li>• Préconisation - PPS</li> </ul> </li> <li>- <b>Lit identifié de soins palliatifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 73% des lits en chirurgie - 30% en SSR - 35% en secteur privée.</li> </ul> </li> <li>- <b>Unité de soins palliatifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil temporaire ou permanent de situation palliative</li> </ul> </li> </ul>
------------------	--

### Soins palliatifs à domicile

Obtenir l'accord du médecin traitant pour tout acte ou retour au domicile.

Professionnels libéraux - Hospitalisation à domicile (HAD) - Soins infirmiers à domicile (SIAD) - Réseaux de soins palliatifs

- **Fond FNASS** : Condition de ressource et de règlement.
  - **Financement** de matériel ou produit consommable ou non remboursables (protections, nutriments, perfusions)
  - **Garde-malade**
- **Congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie** :
  - **Durée maximale = 3 mois, renouvelable x 1 (durée maximale = 6 mois)**
  - **NON RÉMUNÉRÉ**
- **Allocations journalières pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie** **UNIQUEMENT si PATIENT à DOMICILE (ou en EHPAD)**
  - **Durée = 21 jours par patient (à diviser entre les aidants) NON RENOUVELABLE**
  - **RÉMUNÉRATION : 55€ /jours**
  - Si le patient est hospitalisé, le versement continue mais on ne peut pas débiter une allocation alors que le patient est hospitalisé
  - Allocation interrompue dès le lendemain du décès.
  - Pour les personnes salariées.

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |















# Urologie

1. Contraception masculine
2. Stérilité du couple
3. Algies pelviennes chez la femme
4. Tuméfaction pelvienne chez la femme
5. Pathologies génito-scrotales
6. Andropose
7. Troubles de la miction et de l'incontinence urinaire
8. Trouble de l'érection
9. Hypertrophie bénigne de la prostate
10. Urétrite et orchi-épididymite
11. Lithiases urinaires
12. Tumeurs de la prostate
13. Tumeurs du rein
14. Tumeurs du testicule
15. Tumeurs vésicales
16. Traumatismes urologiques
17. Rétention aiguë d'urine

## Pictogrammes

Le pictogramme  en marge d'un niveau de titre indique que les notions abordées sont déjà tombées aux ECN informatisées.

## Code couleurs

	Titre
	Épidémiologie - Généralités - Physiopathologie
	Clinique
	Examens complémentaires
	Diagnostics différentiels
	À connaître par coeur
	" L'astuce du PU "
	Facteurs de risque - Données importantes
	Particularités - Pièges

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



TUMEURS VÉSICALES - Item 311

Epidémiologie		Facteurs de risque	
<p>5<sup>ème</sup> cancer en France avec 12 000 décès / an</p> <p>Prédominance masculine - Age moyen du diagnostic : 70 ans</p> <p>2<sup>ème</sup> cancer en urologie</p> <p>PROSTATE → VESSIE → REIN</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabac actif ou passif (RR = 3)</li> <li>- ATCD de tumeur du bas (vessie) ou haut (uretère, pyélon, calice) <b>appareil urinaire</b></li> <li>- Carcinogènes industriels : Métier de la teinture, caoutchouc, goudron et métallurgie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille</li> <li>• Suie de combustion du charbon</li> <li>• Amines aromatiques et N-nitroso-dibutylamine (teinture - pneu - plastique - laboratoire)</li> </ul> </li> <li>- Bilharziose - Acide aritocholique (herbes chinoises)</li> <li>- Irradiation pelvienne - Inflammation chronique (infections urinaires à répétition)</li> <li>- Sondage vésical chronique</li> <li>- Cyclophosphamide (chimiothérapie alkylante)</li> <li>- Syndrome de Lynch (spectre étendu)</li> </ul>	
<p>TOUTE DÉCOUVERTE DE TUMEUR DE VESSIE DOIT FAIRE RECHERCHER UNE EXPOSITION PROFESSIONNELLE : Certificat médical initial par MT Envoyer à la CPAM (Reclassement - Tiers payant - Indemnisation)</p>		<p>L'OH et l'exposition à l'amiante ne sont pas des FdR.</p>	
Clinique		Examen physique	
SIGNES LOCAUX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hématurie macroscopique : 80%</li> <li>- Signes irritatifs vésicaux (20%) : Pollakiurie - Impériosité - BM → ECBU pour éliminer IU</li> <li>- RAU : sonde urinaire DOUBLE COURANT après décaillotage au lit du malade</li> <li>- TOUTE HÉMATURIE MACROSCOPIQUE DOIT FAIRE RECHERCHER UNE TUMEUR DE LA VESSIE (mais aussi d'un rein ou d'un uretère)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpation abdominale</li> <li>- Touchers pelviens :</li> <li>- TOUCHER RECTAL + TOUCHER VAGINAL → Recherche de blindage pelvien.</li> </ul>	
SIGNES D'EXTENSION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs pelviennes et lombaires - Altération de l'état général - Douleurs osseuses</li> </ul>		
Diagnostic			
Dépistage			
CYTOLOGIE Anatomopathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de cellules tumorales dans les urines</li> <li>- Ne localise pas la tumeur</li> <li>- Peu interprétable si hématurie abondante</li> <li>- Un examen normal d'exclut pas le diagnostic</li> </ul>	<p>Ces examens ne permettent pas de faire le diagnostic histologique car NE PERMET PAS DE RÉALISER DES BIOPSIES</p>	
CYTOSCOPIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE Examen de référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECBU stérile (&lt; 15J) - Anesthésie locale : Gel urétral de xilocaine</li> <li>- Endoscopie de la vessie = Fibroscopie souple</li> <li>- Cartographie - Nombre - Taille - Aspect tumoral et muqueuse vésicale</li> <li>- Optionnelle si imagerie évoquant une tumeur</li> <li>- Complication : Hémorragie - Perforation - Résection du méat</li> </ul>		
ÉCHOGRAPHIE VÉSICALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voie sus-pubienne avec une vessie pleine</li> </ul>		
Diagnostic positif = ANATOMOPATHOLOGIQUE			
RESECTION TUMORALE TRANS-URÉTRALE Anesthésie générale ou locale			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation en absence d'anticoagulant avec ECBU stérile</li> <li>- Macroscopiquement complète avec muscle détrusor (ce n'est pas une biopsie)</li> <li>- Nombre - Taille - Histologie - Grade - Stade tumoral +/- in situ</li> <li>- +/- Biopsie de lésions prostatiques (Cis) dans le même temps</li> <li>- Complications : Lésion du nerf obturateur</li> </ul>	<p>Histologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CARCINOMES UROTHÉLIAUX À CELLULES CLAIRES : 95%                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur vésicale infiltrant le muscle (TVIM) vs. sans infiltration (TVNIM)</li> </ul> </li> <li>- Carcinome épidermoïde = Bilharziose - Cyclophosphamide</li> <li>- Adénocarcinome - Carcinome neuroendocrines - Sarcome</li> </ul>		
Bilan d'extension			
TUMEUR VÉSICALE NON INFILTRANTE TVNIM - T <sub>A</sub> OU T <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de bilan d'extension</li> <li>- URO-SCANNER : Localisation tumorale synchrone dans le haut appareil urinaire</li> </ul>		
TUMEUR INFILTRANTE TVIM ≥ T <sub>2</sub>	<p>TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIEN + URO-SCANNER</p> <p>Aucun autre examen recommandé en pratique courante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retentissement (attention créatininémie) - Tumeur concomitante - Extension loco-R. et à distance</li> <li>- Scintigraphie osseuse ou IRMc si point d'appel</li> </ul>		
TNM			
<p>T<sub>A</sub> : Papillaire = Tis</p> <p>T<sub>1</sub> : Envahissement du chorien</p> <p>T<sub>2A</sub> : Envahissement MUSCLE SUPERFICIEL</p> <p>T<sub>2B</sub> : Envahissement MUSCLE PROFOND</p> <p>T<sub>3</sub> : Envahissement de la graisse péri-vésicale</p> <p>T<sub>4A</sub> : Envahissement prostate, utérus ou vagin</p> <p>T<sub>4B</sub> : Envahissement paroi pelvienne ou abdominale</p>		<p>N<sub>1</sub> : Ganglion unique ilio-obturateur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Territoire de drainage identique au cancer de la prostate</li> </ul> <p>N<sub>2</sub> : Ganglion(s) ilio-obturateur</p> <p>N<sub>3</sub> : Ganglion iliaque commune</p> <p>→ Cancer de la vessie avec atteinte ganglionnaire, survie à 5 ans : 10%</p> <p>M<sub>1</sub> : métastases</p> <p>→ Cancer de la vessie métastatique, survie à 5 ans : 0%</p>	
Traitement			
TUMEUR NON INFILTRANTE Tis - T <sub>A</sub> - T <sub>1</sub>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résection endoscopique = Résection Transurétrale de vessie + Anatomopathologie</li> <li>2. Instillation endovésicale / semaine x 6 semaines si risque de progression ou récidive                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque faible : Mitomycine C en post-opératoire</li> <li>- Risque intermédiaire :                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitomycine C en post-opératoire ou BCG en adjuvant à 1 mois après résection (durée du traitement = 2 mois)</li> </ul> </li> <li>- Risque élevé : BCG en adjuvant à 1 mois après résection (durée = au long cours)</li> </ul>                             → Effets secondaires de la mitomycine C : Micro-angiopathie thrombotique                              → Effets secondaires de l'immunothérapie à BCG : Sd. pseudo-grippaux - Cystite inflammatoire - Éruption cutanée - Asthénie - BCGite (traitement anti-tuberculeux)                         </li> <li>3. Résection endoscopique à + 4 à 6 semaines si tumeur agressive ou si geste incomplet (cf. infra)</li> </ol>		
TUMEUR INFILTRANTE T <sub>2</sub> à T <sub>4</sub>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chimiothérapie néo-adjuvante : Cisplatine → Destruction des micro-métastases - Réduction du volume tumorale</li> <li>2. Homme : Cystoprostectomie - Femme : Pelvectomie antérieure : Ablation Vessie - Utérus/Col - Paroi antérieure du vagin</li> <li>- Briker = Dérivation urinaire cutanée indirecte par l'intermédiaire d'un segment d'anse intestinale iléale</li> <li>- Entérocystoplastie = Néo-vessie : Remplacer une partie du muscle et du réservoir vésical par un réservoir en intestin grêle</li> </ol> <p>Effets secondaires : Troubles érectiles - Incontinence urinaire - Anéjaculation - Fistule - IU récidivante</p>		

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |



**Critères PRONOSTIQUES des TVNIM**

**Facteurs de risque de RÉCIDIVE des TVNIM**

**Critères endoscopiques mineurs**

- Multi-focalité (résection endoscopique difficile)
- Taille > 3 cm
- ATCD de tumeurs vésicales et délai entre les récurrences
- Persistance de facteurs de risque (Toxique - Immunosuppresseur - Profession)

**Facteurs de risque de PROGRESSION des TVNIM vers une tumeur agressive**

**Critères anatomopathologiques majeurs**

- Stade T1
- Haut grade en histologie
- Présence d'un carcinome in situ associé

**Surveillance à vie**

**TUMEUR DE VESSIE = HAUT RISQUE DE RÉCIDIVE**

**TVNIM** : Dépister les récurrences & prévenir la progression

- Cytoscopie (fibroscopie) - Cytologie urinaire - Échographie régulier.
- **Uro-scanner /2 ans** pour surveiller le haut appareil urinaire
- \* **Risque de récurrence**



**TVIM** : Dépister & traiter précocement une récurrence

- TR/TV + Palpation abdominale - Diurèse - Créatinine
- Échographie rénale et des voies urinaires
- Cytologie + 3 mois + 6 mois puis /6 mois + Fibroscopie /an
- **TDM TAP /6 mois : Risque de métastases**

**COLONISATION URINAIRE**

- Étant donné la proximité des uretères avec le tube digestif, les colonisations urinaires sont fréquentes
  - En absence de signe clinique, la réalisation d'un ECBU est inutile.
  - Traiter en absence de signe clinique favoriserait la sélection des germes
  - Traiter uniquement si **SIGNE CLINIQUE**.

**« L'ASTUCE du PU » - CARCINOGENES PROFESSIONNELS EN UROLOGIE**

**REIN**

- **AMIANTE**
- Solvant
- Cadmium

**VESSIE**

- Amine aromatique : teinture - pneu - plastique - laboratoire
- Hydrocarbure polycyclique
- Goudron et huile de houille
- Suie

Ceci est juste un échantillon du livre, pour télécharger le livre complet visitez nous sur:

| [www.facebook.com/LeTresorDesMedecins](http://www.facebook.com/LeTresorDesMedecins) | [www.facebook.com/groups/LeTresorDesMedecins](https://t.me/LeTresorDesMedecins) | [www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins](http://www.rebrand.ly/LeTresorDesMedecins) |

| <https://t.me/LeTresorDesMedecins> | <http://letresordesmedecins.blogspot.com> |

